

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
INSTITUTO DE SAÚDE  
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE 12  
MESES: UM PANORAMA DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
NO MUNICÍPIO DE JACAREÍ-SP.**

**NATÁLIA DA COSTA SELINGER**

**São Paulo - SP  
2020**

**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE 12  
MESES: UM PANORAMA DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
NO MUNICÍPIO DE JACAREÍ-SP.**

**NATÁLIA DA COSTA SELINGER**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2020

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE 12  
MESES: UM PANORAMA DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
NO MUNICÍPIO DE JACAREÍ-SP.**

**NATÁLIA DA COSTA SELINGER**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariana Tarricone Garcia.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sonia Isoyama Venancio.

São Paulo  
2020

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Natália da Costa Selinger,

Práticas Alimentares de Crianças menores de 12 meses: um panorama da alimentação infantil no município de Jacareí-SP /Natália da Costa Selinger. São Paulo, 2020.  
123 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Tarricone Garcia

Coorientadora: Profa. Dra. Sonia Isoyama Venancio

1. Aleitamento materno 2. Alimentação complementar 3. Inquérito domiciliar 4. Atenção primária à saúde

CDD: 613

Dedico este trabalho...

...a todos os trabalhadores do SUS, que resistem e atuam diariamente, para garantir a consolidação um serviço de saúde equânime, universal e integral.

...e a todos os usuários do SUS, em especial àqueles que puderam contribuir nessa construção.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Madalena e Rivail, o mais profundo agradecimento por todo o suporte, mesmo quando a jornada é distante da realidade deles. Obrigada por todas as lições de vida;

Minha gratidão ao Éder por todo incentivo e parceria;

À Marilis, minha chefe e amiga para todas as horas, agradeço pelo incentivo, pelos ensinamentos, confiança e provocações. Muito obrigada;

Agradeço à gestão municipal, Dra Rosana Gravena e Dra. Aguida Helena, pela confiança em meu trabalho;

Aos meus amigos da DAB: muito obrigada por tudo Cibele, Luciana, Joyce, Luciana, Donizete que, de maneira incrível, permitiram que pudesse seguir com o projeto em paralelo aos nossos desafios diários;

À Aria e Gaia, minhas gatas, que, mesmo dormindo boa parte do tempo, foram minhas grandes companheiras entre madrugadas e dias de leitura e escrita;

Obrigada àqueles que me deram suporte na dissertação, ao Marquinhos, à Jade e Elisa;

Minha imensa gratidão à Professora Sônia por aceitar a me dar o norte e me permitir seguir no meio do caminho e à Professora Mariana por estar comigo me ajudar pacientemente nessa profunda e rica caminhada;

Aos meus colegas de turma, obrigada pela amizade, pela trajetória, pelas discussões, pelo incentivo e todo cuidado envolvido, fortalecendo a assim, que juntos somos mais fortes. Em especial à Carol, que nesse reencontro, pudemos continuar nos apoiando frente aos desafios;

Aos docentes e funcionários do Instituto de Saúde meu profundo agradecimento pela crença na qualificação do SUS, pela oportunidade, pelos ensinamentos, discussões e estímulo ao crescimento;

Meu profundo agradecimento aos Agentes Comunitários de Saúde, estagiários e parceiros das universidades, motoristas, auxiliares administrativos e supervisores das

Unidades Básicas de Saúde. Sem a disposição de vocês, não poderia escrever este projeto e nem compartilhar sobre o nosso trabalho;

Agradeço aos usuários que participaram por se disponibilizarem a contribuir para a possibilidade de um SUS mais forte;

À minha psicóloga e psiquiatra, obrigada por me acompanhar na viagem pela mente para ver, traduzir e verbalizar aquilo que apenas conseguia sentir;

Agradeço a todos os meus professores que até hoje, me permitiram ter asas e coragem para desbravar o mundo além da sala de aula;

Minha gratidão aos desafios, que me permitiram entender um pouco mais sobre meus medos e ter forças para acreditar que é possível enfrentá-los;

Agradeço à mãe Terra que, com imensa generosidade, possibilita que sinta a força das cachoeiras, o frescor do vento, a beleza das noites, o mistério da lua, a alegria dos dias, a energia da terra, o poder do fogo, a graça do alimento, a mobilização da curiosidade, a plenitude do perdão, a capacidade do amor e viver nessa dimensão;

Por fim, agradeço a todos aqueles que fizeram e fazem parte da minha trajetória, me inspiram e me acompanham nessa construção e reconstrução de quem sou a cada desafio e a cada conquista.



“O SUS dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitas dessas pessoas sustentam o SUS, mesmo em conjunturas difíceis, tornando-se militantes de sua defesa.”

Jairnilson Silva Paim - 2018

**SELINGER, NC. Práticas Alimentares de Crianças menores de 12 meses: um panorama da alimentação infantil no município de Jacareí-SP [Dissertação de Mestrado].** Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2020.

## RESUMO

**Introdução:** O aleitamento materno (AM) e a introdução da alimentação complementar (AC) adequada são relevantes para a saúde da população a curto, médio e longo prazo. Apesar dos estudos nacionais existentes apontarem dados importantes para promoção do AM e AC, conhecer dados municipais é fundamental para avaliar a realidade local e apoiar o planejamento de políticas públicas. Diante da escassez de dados municipais e regionais recentes sobre o cenário verifica-se a necessidade de coleta de dados para caracterização das práticas alimentares de lactentes menores de 12 meses e do perfil de trabalho das Unidades Básicas Saúde (UBS) para promoção e apoio do AM e AC no município de Jacareí.

**Objetivos:** Caracterizar as práticas alimentares de crianças entre 0 e 12 meses no município de Jacareí e caracterizar o perfil das UBS no tocante à promoção do AM e AC.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo de base populacional. Foi realizado um inquérito domiciliar direcionado aos cuidadores de lactentes menores de 12 meses. Também se caracterizou o perfil de trabalho das UB por meio de entrevistas aos supervisores administrativos das UBS. A coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto e dezembro de 2019. Para composição da amostra foram sorteadas aleatoriamente crianças com cadastro completo independente de fazer acompanhamento do desenvolvimento e crescimento no Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídas em todas as UBS. Todos os supervisores de UBS participaram da entrevista para caracterização do perfil de trabalho das equipes. Os dados coletados foram digitados no Microsoft Excel, transportados para o *Software Stata* e analisados por meio dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde descrevendo as frequências absolutas (n) e relativas (%) e intervalos de confiança de 95%. Para a comparação das proporções foi utilizado o teste do qui-quadrado, considerando o nível de significância de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Participaram do estudo 540 lactentes, sendo 253 menores de seis meses e 287 entre seis e doze meses. A prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 34,3%, de aleitamento materno continuado (AMC) em lactentes entre seis e doze meses foi de 55,1% e de AM em menores de doze meses foi de 67,6%. A água foi

introduzida desde os primeiros dias de vida e foi consumida por 52,6% dos lactentes menores de seis meses. Dentre os indicadores da AC, a maior prevalência de adequação foi o indicador da frequência somada à consistência, que foi de 68,6%; e 57,1% das crianças consumiram pelo menos um dos alimentos ultraprocessados investigados. Em maiores de seis meses a menor escolaridade materna associou-se ao maior consumo de bebidas ultraprocessadas adoçadas ( $p<0,001$ ) e biscoitos ( $p<0,003$ ) enquanto a maior escolaridade materna foi associada ao maior consumo de fórmula infantil ( $p<0,017$ ), frutas ( $p<0,013$ ) e hortaliças ( $p<0,001$ ). O maior consumo de fórmula infantil ( $p<0,043$ ) e de embutidos ( $p<0,005$ ) foi associado ao trabalho materno fora do lar. Em relação ao perfil de trabalho das UBS para à promoção do AM e AC adequada verificou-se que a proporção de UBS que realizam ações em puericultura foi menor quando comparada àquelas que realizam ações em grupo durante o pré-natal, a visita domiciliar pós-parto em menos de sete dias acontece em apenas 27,8% das UBS e que foram realizadas capacitações no último ano sobre alimentação infantil em apenas 38,9% das UBS.

**Considerações finais:** Conclui-se que as fragilidades no processo de trabalho das equipes de saúde identificados apontaram necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais, ações intersetoriais e implementação de protocolos de cuidados voltados para pós-parto e puericultura. O perfil alimentar infantil apresentou baixa prevalência do AME em menores de seis meses, alto consumo de alimentos ultraprocessados.

**Potencial de Aplicabilidade:** alto potencial de aplicabilidade.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Alimentação Complementar, Lactente, Atenção Primária à Saúde.

**SELINGER, NC.** Feeding Practices of 0-12-month-old infants: an overview of infant feeding in Jacareí-SP [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2020.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Breastfeeding (BF) and the introduction of the proper Supplementary Feeding Program (SFP) are relevant for the population's health for short, medium and long term. Even though existing national studies pointing out important data for the promotion of BF and SFP, knowing municipal data is fundamental to evaluate the region's reality and support the public policies' planning. Due to the data shortage about the scenario, it's clear the need of collecting data in order to define the feeding practices of 0-12 months old infants and also the work profile of the Primary Care Units(PCU) for the promotion and support of the BF and SFP in Jacareí's County.

**Objective:** Define the feeding practices of children from 0 to 12 months old in Jacareí's County and set the PCU's profile about the promotion of BF and SFP.

**Methods:** It is about a cross-sectional study of descriptive's features of population's basis, through household survey focused on infant under 12 months old caregivers. The work profile of PCU was also characterized by interviews to the administrative supervisors of PCU realized between August and December 2019 in Jacareí-SP's County. The sample was composed by randomly drawing children with a complete registry, independently if they have their development and growth monitored by SUS - Single Health System, distributed among all Primary Care Units. All the Primary Care Units' supervisors participated in the interview to evaluate the work profile. The collected data were typed into Microsoft Excel, then carried to the Software Stata, analyzed using the indicators proposed by the Ministry of Health describing absolute frequencies (n) and frequencies (%) and confidence interval of 95%. To the comparison of the proportions it was used the chi-squared, considering the significance level of  $p < 0,05$ .

**Results:** There were 540 infants, 253 under 180 days old and 287 between 180 and 364 days old participating in the study. The prevalence of Exclusive Breastfeeding (EBF) in under 180 days old was 34,3%, continued breastfeeding of infants between six and twelve months was of 55,1% and the BF in under 365 days old was 67,6%. Water was introduced since the first days of life and was consumed by 52,6% of the infants under 180 days old. Among the SFP

indicators, the higher adequacy prevalence was the frequency indicator added to the consistency of 68,6% and 57,1% of children consumed at least one of the studied ultra-processed food. With children older than six months the lowest maternal education was associated with higher intake of ultra-processed sugary drinks ( $p<0,001$ ) and cookies ( $p<0,003$ ), while higher maternal education was associated to higher intake of infant formula ( $p<0,017$ ), fruits ( $p<0,013$ ) and vegetables ( $p<0,001$ ). The highest intake of infant formula ( $p<0,043$ ) and foods like sausage ( $p<0,005$ ) was related to maternal work outside from home. Relating to the Primary Care Units work profile and the promotion of proper BF and SPF, it was found that the proportion of PCU that realize childcare actions was lower when compared to those that realize group actions during prenatal, post-partum home visit in less than seven days only happens at 27,8% of the PCUs and those that carried out professional training about infant feeding during the last year in 38,9% of the PCUs.

**Conclusion:** It is concluded the weaknesses in the work process of the identified health teams pointed to the need for investments in the training of professionals, intersectoral actions and implementation of care protocols aimed at post-partum and childcare. The infant feeding profile presented low prevalence of the EBF in those less than six months old, high intake of ultra-processed food.

**Potential applicability:** high applicability potential.

**Descriptors:** Breastfeeding, Supplementary Feeding, Infant, Primary Health Care.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição das crianças menores de doze meses cadastradas nas UBS do Município de Jacareí em 2019. .... 45**
- Tabela 2 – Caracterização da amostra (n=540), segundo variáveis maternas, das crianças e da atenção à saúde. Jacareí, São Paulo, 2019. .... 54**
- Tabela 3 – Distribuição de crianças menores de 12 meses em aleitamento materno (n=540), em aleitamento materno exclusivo (n=253) e em aleitamento materno continuado (n=287) no Município de Jacareí, São Paulo, 2019..... 55**
- Tabela 4 – Associação entre o aleitamento materno exclusivo com a escolaridade materna, situação materna de trabalho, uso de chupeta, uso de mamadeira e recebimento de orientações em crianças menores de 6 meses no município de Jacareí, São Paulo, 2019..... 56**
- Tabela 5 – Associação entre consumo alimentar com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar e situação materna de trabalho em lactentes menores de 6 meses (n=253) no município de Jacareí, São Paulo, 2019. .... 58**
- Tabela 6 – Caracterização do consumo de leite de lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019..... 59**
- Tabela 7 – Distribuição de crianças de 6 e 12 meses com alimentação complementar adequada, segundo os indicadores propostos pelo Ministério da Saúde por faixa etária no município de Jacareí, São Paulo, 2019..... 60**
- Tabela 8 – Distribuição do consumo de alimentos ultraprocessados (n=287) em crianças entre 6 e 12 meses no município de Jacareí, São Paulo, 2019..... 60**
- Tabela 9 – Associação entre consumo de leite com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e**

	acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....	62
<b>Tabela 10</b>	<b>– Associação do consumo alimentar com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabela 11</b>	<b>– Associação entre consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....</b>	<b>65</b>
<b>Tabela 12</b>	<b>– Associação entre os indicadores da alimentação complementar adequada com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 13</b>	<b>– Associação entre o uso de chupeta e mamadeira com escolaridade materna, situação materna de trabalho, acesso à creche e o recebimento de orientação alimentar em lactentes menores de 12 meses no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 14</b>	<b>– Caracterização das Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo de atenção à saúde, número de equipes de trabalho e disponibilidade de recursos humanos no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 15</b>	<b>– Caracterização das atividades voltadas para promoção e manutenção do aleitamento materno e alimentação complementar ofertadas nas UBS no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 16</b>	<b>– Distribuição das atividades voltadas para promoção e manutenção do aleitamento materno e alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde no pós-parto no município de Jacareí, São Paulo, 2019.....</b>	<b>69</b>

<b>Tabela 17 – Distribuição das informações sobre capacitações realizadas pelas equipes voltadas para aleitamento materno e alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde no município de Jacareí, São Paulo, 2019. ....</b>	<b>70</b>
<b>Tabela 18 – Distribuição quanto aos protocolos sobre aleitamento materno e alimentação complementar em Unidades Básicas Saúde no município de Jacareí, São Paulo, 2019. ....</b>	<b>70</b>



## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Distribuição do consumo de líquidos e alimentos em lactentes menores de 180 dias por faixa etária. Jacareí, São Paulo, 2019. .... 57**
- Gráfico 2 – Distribuição de alimentos consumidos no dia anterior à entrevista por crianças entre 6 e 12 meses (n=287) segundo grupos alimentares. Jacareí, São Paulo, 2019.. .... 61**

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1 – Equivalência da nomenclatura utilizada referente à idade das crianças. .... 43**
- Quadro 2 – Indicadores para aleitamento materno e consumo alimentar de crianças menores de 12 meses..... 49**

## LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Alimentação complementar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAMUNIC	Projeto Amamentação e municípios
AM	Aleitamento materno
AMC	Aleitamento materno continuado
AME	Aleitamento materno exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
AUP	Alimentos ultraprocessados
CEPIS	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde
CGPAN	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CNAM	Comitê Nacional de Aleitamento Materno
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENANI	Estudo Nacional de Nutrição e Alimentação Infantil
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia de Saúde Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
NASF-AP	Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Primária
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governmental

PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMAM	Semana Mundial da Amamentação
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UMSF	Unidade Municipal de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VAN	Vigilância alimentar e nutricional
VD	Visita domiciliar
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action

## APRESENTAÇÃO

Sou Natália, tenho o mesmo nome da minha avó, cresci na zona rural da cidade de Guararema-SP, com meus pais e meu irmão Christiano. Aos 18 anos passei a morar na cidade de São Paulo, morei por sete anos em uma república com meninas que se tornaram parte da minha família. Lá pude vivenciar a delícia e a dor de ser paulistana, mas pude realizar boa parte dos sonhos de quem mora em cidade pequena. Após alguns anos de formada, enquanto servidora estadual do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP fui em busca de realizar mais um: exonerei do meu cargo e vivi por 15 meses na Califórnia – EUA como Au Pair. Desde meu retorno ao Brasil moro em São José dos Campos na região do Vale do Paraíba, uma região que equilibra a presença do folclore que inspirou Monteiro Lobato, importantes parques tecnológicos e diversos lugares em meio à natureza para fazer trilhas.

Minha trajetória na Nutrição iniciou-se quando me formei em Técnico em Nutrição e Dietética, pela Escola Técnica Estadual – Mogi das Cruzes. No SUS iniciou ainda na faculdade, atuei como estagiária de nutrição entre os anos de 2006 e 2008 no Ambulatório de Infectologia - Penha.

Entre 2009 e 2012 passei por experiências profissionais que me permitiram vivenciar a relação singular que a gastronomia tem com os alimentos na Escola da Arte Culinária Laurent e aprimorar o conhecimento técnico na área clínica no Departamento de Nutrição e Dietética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A partir de 2013, mediante a aprovação em um concurso passei a trabalhar na Prefeitura de Jacareí como nutricionista do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), prestando apoio técnico-assistencial às equipes e usuários.

Passei pelas funções de apoiadora em políticas públicas e desde 2017 estou na Diretoria de Atenção Básica, como supervisora de Atenção Básica coordenando as ações programadas para as Unidades Básicas de Saúde, NASF e gerenciamento de ações estratégicas para promoção da saúde.

Neste contexto, também por ser a nutricionista atuando no município há mais tempo, tornei-me a referência para mobilização da rede quanto às necessidades e aos rumos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição em Jacareí, que por estar numa construção recente, requer fortalecimento da retaguarda técnica, estruturação nos setores e múltiplos esforços de todos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas no tocante à alimentação e nutrição.

O mestrado profissional mostrou-se como oportunidade para crescimento profissional na minha trajetória enquanto trabalhadora do SUS, mas, principalmente como uma possibilidade de contribuir com o sistema de saúde, de apoiar os colegas de trabalho e de fortalecer a rede de cuidados ao usuário de forma qualificada.

- A vida das gentes neste mundo, senhor Sabugo, é isso. Um rosário de piscados. Cada piscos é um dia.  
Pisca e mama, pisca e brinca, pisca e estuda, pisca e ama, pisca e cria filhos, pisca e geme os reumatismos, e por fim pisca pela última vez e morre.  
– E depois que morre? Perguntou o Visconde.  
– Depois que morre, vira hipótese. É ou não é?

Monteiro Lobato – Memórias da Emília - 1936.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	24
2	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	26
2.1	<b>Aleitamento materno - Conceitos, benefícios e recomendações</b> .....	26
2.2	<b>O aleitamento materno no Brasil</b> .....	28
2.3	<b>Fatores associados ao aleitamento materno</b> .....	29
2.5	<b>Alimentação complementar - Conceitos, benefícios e recomendações.</b> .....	31
2.6	<b>A alimentação complementar no Brasil</b> .....	34
2.7	<b>Fatores associados à alimentação complementar</b> .....	35
2.8	<b>Políticas Públicas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar</b> .....	36
3	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	39
4	<b>OBJETIVOS</b> .....	40
4.1	<b>Geral</b> .....	40
4.2	<b>Específicos</b> .....	40
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	41
5.1	<b>Desenho do estudo</b> .....	41
5.2	<b>Cenário do estudo: O município de Jacareí</b> .....	41
5.2.2	<b>Programas voltados para a saúde da gestante, crianças menores de 12 meses e puérperas</b> .....	42
5.3	<b>População do estudo</b> .....	43
5.4	<b>Amostragem</b> .....	44
5.5	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	46
5.6	<b>Coleta de dados</b> .....	47
5.7	<b>Análise dos dados</b> .....	48
5.8	<b>Aspectos éticos</b> .....	51
6	<b>RESULTADOS</b> .....	53

6.1	Caracterização da amostra do estudo.....	53
6.2	O Aleitamento Materno .....	55
6.3	A alimentação infantil em crianças menores de 6 meses.....	56
6.4	A alimentação infantil em crianças entre 6 e 12 meses .....	59
6.5	Associação entre hábitos orais e escolaridade materna, o recebimento de orientações alimentares, acesso à creche e condição de trabalho materno.....	67
6.6	Unidades Básicas de Saúde .....	67
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	71
7.1	O aleitamento materno no município de Jacareí.....	71
7.2	Introdução de alimentos em lactentes menores de seis meses .....	72
7.3	Introdução de alimentos em lactentes entre 6 e 12 meses .....	73
7.4	Diversidade de grupos alimentares .....	75
7.5	Os grupos alimentares.....	75
7.6	A frequência mínima e consistência adequada de refeições .....	77
7.7	Consumo de alimentos ultraprocessados (AUP).....	78
7.8	A alimentação infantil, o uso de mamadeira e o acesso às creches .....	79
7.9	Estrutura das Unidades Básicas de Saúde .....	80
7.10	As ações de promoção e apoio ao AM e AC adequada promovidas pela equipe de saúde .....	81
7.11	Protocolos e monitoramento .....	82
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
9	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
10	<b>ANEXOS</b> .....	96



# 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e consideráveis avanços no processo de desenvolvimento de habilidades psicomotoras e neurológicas que são adquiridas e aperfeiçoadas a cada mês. Nesta fase a quantidade e a qualidade de alimentos apresentados e consumidos pela criança refletirão no aspecto nutricional ao longo da vida e no padrão alimentar cultural do adulto (MS, 2010a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) e a alimentação complementar (AC) estão inclusos entre as 23 intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo para a redução da mortalidade infantil; sendo o AM a mais efetiva dentre elas (VENANCIO, 2010; WHO, 2001).

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de idade. A partir desta idade é necessário introduzir gradualmente outros alimentos na rotina da criança, definida como alimentação complementar, de forma a agregar benefícios nutricionais às inúmeras qualidades e funções do leite materno, devendo manter esta rotina alimentar, por dois anos ou mais (MS, 2019; WHO, 2001).

A introdução precoce de alimentos, líquidos e sólidos é desnecessária, inclusive de chás, sucos, água e pode trazer diversos prejuízos ao desenvolvimento do bebê em curto e longo prazo, como aumento da aerofagia, desconfortos gastrointestinais e o aumento do risco de problemas ortodônticos e fonoaudiológicos. Além disso, a exposição a outros alimentos e a má higienização de utensílios utilizados para preparo e oferta de alimentos antes dos seis meses de idade da criança pode aumentar o risco de doenças por contaminação, podem levar a distúrbios clínicos agudos como diarreia, por exemplo, elevando a morbimortalidade infantil (GONSALEZ, 2017; VITOLLO, 2014b).

A introdução alimentar mesmo quando realizada oportunamente, se configura como fase que envolve processos complexos e que são influenciados por diversos fatores sociais, culturais, éticos, comportamentais e econômicos que podem interferir no estado nutricional da criança (VITOLLO, 2014a).

Estudos apontam que fatores ligados à mãe e família; condições socioeconômicas; fatores ligados à gestação e parto estariam associados ao desmame precoce e à inadequação na qualidade da alimentação complementar (VICTORA, 2016).

No Brasil desde a década de 1970 existem estudos que apontam como resultados tendências da prevalência de AM e sobre o perfil alimentar de crianças menores de 12 meses em nível nacional abaixo dos parâmetros preconizados pela OMS (BOCCOLINI, 2017; FLORES, 2017; UFRJ, 2020; VENANCIO, 2013). E considerando a diferença no perfil epidemiológico da população entre as regiões e os municípios, os dados gerados podem não representar a realidade local.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Aleitamento materno - Conceitos, benefícios e recomendações

A amamentação consiste na oferta do leite produzido nas mamas para alimentação e nutrição do lactente, caracterizando-se como o primeiro contato do ser humano com o alimento (MS, 2011). E sem a etapa da amamentação, nenhuma espécie mamífera teria sobrevivido (VAHLQUIST, 1981).

O leite materno é considerado um alimento completo, pois contém todos os nutrientes essenciais para proteção imunológica, crescimento e desenvolvimento da criança (VITOLLO, 2014a). Pode-se dizer que apesar da distinção alimentar e nutricional das mulheres, o leite materno apresenta composição semelhante, apenas lactante com desnutrição grave podem ter sua produção de leite afetada na sua qualidade e quantidade. O leite de mães de recém-nascidos prematuros tem composição nutricional diferente do leite produzido por mães de bebês nascidos a termo, entre 37 e 42 semanas de gestação (MS, 2015a).

Para que as práticas alimentares pudessem ser reconhecidas de maneira universal, permitindo também a comparabilidade entre estudos em diferentes locais, a OMS adotou em 2008 as seguintes definições sobre práticas do AM:

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

- Aleitamento materno continuado (AMC): quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com finalidade de complementação e não de substituição.

Amamentar é um ato de interação entre mãe e filho, capaz de influenciar no estado nutricional da criança, em sua fisiologia, em seu sistema imunológico e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional (MS, 2015a). Em curto prazo foram identificadas associações positivas na proteção contra morte súbita; redução de ocorrência de enterocolite necrotizante, proteção contra diarreia (com evidências de que metade dos episódios poderia ser evitada); diminuição da gravidade dos episódios de infecção respiratória e redução do risco de otite média aguda nos primeiros dois anos de vida da criança. Em médio e longo prazo, o AM apresentou associação positiva na redução da ocorrência de má oclusão oral; melhora na capacidade de autocontrole da ingestão alimentar; eficiência na regulação da fome-saciedade; redução na chance de desenvolver excesso de peso ou obesidade; efeito protetor contra diabetes tipo 1 e redução na incidência de leucemia na infância. A prática do AM também tem associação consistentemente positiva com maior desempenho em testes de inteligência em crianças e adolescentes estendendo-se para maior escolaridade alcançada e renda na vida adulta (VICTORA, 2016).

Para as lactantes também são conhecidos diversos benefícios, dentre eles a associação entre o AM e redução na prevalência de câncer de mama, prolongação da amenorreia gestacional e proteção contra diabetes tipo 2 em mulheres que amamentam por longo período (VICTORA, 2016).

Embora o AM seja importante para mães e crianças independente do país de residência ou classe social, a amamentação é considerada a estratégia isolada que tem o maior potencial em prevenir mortes infantis, principalmente entre crianças socialmente vulneráveis e pode contribuir para a redução em disparidades de saúde entre crianças ricas e pobres em países de baixa e média renda (OMS, 2001; VICTORA, 2016).

A prática do AM pode impactar tanto economicamente quanto na organização da rotina das famílias, uma vez que não amamentar pode trazer maiores gastos financeiros com outras fontes alimentares para os lactentes. Crianças amamentadas adoecem menos, resultando em menor necessidade de atendimentos médicos, hospitalizações, medicamentos e por consequência, menor impacto na vida profissional dos provedores, que apresentam

menores índices de absenteísmo trabalhista, além de repercutir positivamente nas relações familiares e da sociedade de maneira global (MS, 2015a).

A OMS e o MS recomendam que crianças sejam amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida. Outros alimentos, incluindo líquidos como chás e água não são recomendados, pois existem evidências de que a oferta destes pode estar associada ao desmame precoce e a consequências negativas à saúde do lactente a curto, médio e longo prazo. Ao completar seis meses de idade do lactente recomenda-se que outros alimentos sejam introduzidos mantendo-se o AM até os dois anos de idade (MS, 2019; OMS, 2001).

A amamentação na primeira meia hora de vida também é fundamental tanto para o bebê quanto para a mãe, pois além dos benefícios ao bebê, como fortalecimento do vínculo entre mãe e filho e redução da mortalidade neonatal em até 22%, também auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragias (WHO, 2001). Recomenda-se que a criança seja amamentada em livre demanda, ou seja, sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. Deve-se estimular a prática da mamada até o completo esvaziamento das mamas, pois contribui para a oferta do aporte nutricional adequado do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às suas necessidades (MS, 2019).

Mesmo para lactantes que têm a necessidade de se ausentar por determinados períodos, o AM deve ser estimulado como uma forma de promover os benefícios do leite materno aos lactentes. Deve-se ofertar suporte para a prática da retirada do leite, seu armazenamento e o seu preparo posterior, de acordo com as orientações de boas práticas. São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno. Dentre elas existem situações em que a exclusão do AM deve ser permanente, como em mães infectadas pelo HIV, mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2, uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação e criança portadora de galactosemia. Existem também as situações em que a interrupção da amamentação deve ser temporária, como nos casos de infecção herpética, varicela, doença de chagas e consumo de drogas (MS, 2015a; MS, 2019).

## **2.2 O aleitamento materno no Brasil**

Os inquéritos de base nacional - o Estudo Nacional de Despesa Familiar (1974/1975); a Pesquisa Nacional sobre saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar

(1986); a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989); a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996); a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006) e a Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno em Capitais Brasileiras e Distrito Federal (1999 e 2008) - apresentaram resultados que apontam a tendência ascendente em relação à duração mediana do AM partindo de 2,5 meses entre os anos de 1975-1979 para 11,3 meses nos dados apresentados em 2008 (VENANCIO, 2013).

Os resultados encontrados em uma revisão sistemática sobre a prevalência do AM entre os anos de 1998 e 2013 evidenciaram a tendência de aumento da prática da amamentação ao longo dos anos, com resultados após a década de 2000, superiores às prevalências encontradas na década de 1990 (UEMA, 2015). O AME em menores de seis meses também apresentou tendência crescente da amamentação entre os anos de 1986 e 2008, com prevalências de 3,1% e 41,0%, respectivamente. Tais resultados podem ser atribuídos ao investimento em políticas de proteção, promoção e apoio ao AM nas diferentes esferas de intervenção (VENANCIO, 2013).

Em um estudo sobre os indicadores nacionais de AM e AME entre os anos de 1986, 1996, 2006 e 2013, os resultados indicaram uma tendência ascendente entre os anos de 1986 e 2006 e à estabilização entre os anos de 2006 e 2013. (BOCCOLINI, 2017; FLORES, 2017). Contudo, positivamente, os resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) disponibilizados em 2020 apontam aumento na prevalência de AME em menores de seis meses para 45,7% e do AM em menores de dois anos de 60,9% (UFRJ, 2020) não confirmando os resultados apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013.

Em nível estadual, o Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) monitorou a prática do AME entre os anos de 1998 e 2008 nos municípios paulistas e revelou resultados alinhados à tendência ascendente do AM no país (VENANCIO, 2010).

### **2.3 Fatores associados ao aleitamento materno**

A amamentação na espécie humana é influenciada por múltiplos fatores de ordem social, cultural, econômica, étnica e comportamental, diferenciando-se de outros mamíferos em que a ausência da prática do aleitamento ou o desmame é determinado por fatores genéticos e pelo instinto (MS, 2015a). A presença concomitante de mais de um fator e a

diversidade de fatores agravantes ao desmame precoce impossibilita estabelecer relação de causalidade (MS, 2010a; PIVETTA, 2018).

Em um estudo de revisão a idade materna parece ter influência na interrupção do AM; mães adolescentes apresentam menores prevalências em AME (PIVETTA, 2018). Uma revisão sistemática apontou que gestação múltipla, intercorrências na gestação, tabagismo, uso de álcool, renda familiar menor que três salários mínimos, ausência de parceiro, falta de apoio familiar à prática da amamentação, menor grau de escolaridade, primíparas, dificuldade para amamentar e trauma mamilar têm influência negativa no sucesso do AME e tempo de AM (FALEIROS, 2006).

O pré-natal e parto também influenciam no sucesso do AM. Mulheres que tiveram o início do pré-natal tardiamente, àquelas que compareceram em menos de seis consultas durante o pré-natal e passaram por parto cesariana, apresentaram maior tendência ao desmame precoce (FALEIROS, 2006). O apoio ao AME na primeira de vida, a prática chega a ser 90% menor em partos realizados em maternidade privada ou conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), locais em que, possivelmente, as políticas públicas de apoio ao AM sejam mais enfraquecidas. Estudos sugerem que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre a amamentação no pós-parto imediato e dependem das práticas institucionais vigentes nos serviços de saúde (PIVETTA, 2018).

No Brasil, estudos sugerem que o AM sofre influências regionais e territoriais seguindo o seu nível de desenvolvimento. Áreas rurais, por exemplo, apresentam maior prevalência no AM quando comparadas às áreas urbanas e, mulheres socialmente vulneráveis e de baixo e médio poder aquisitivo amamentam mais que as de melhor nível socioeconômico (FALEIROS, 2006; PIVETTA, 2018).

Em um estudo que investigou o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil, que foi um programa do MS que visava instituir práticas para o aumento da prevalência do AM, pode-se observar que houve uma tendência ao aumento da prevalência do AME em crianças menores de seis meses quando haviam serviços de saúde e programas locais em favor do estímulo ao AM (VENANCIO, 2016). Em uma revisão de literatura identificou-se que mulheres que passam por ações e aconselhamento em amamentação tiveram taxas significativamente mais altas de AM em comparação àquelas que não receberam (VIEIRA,

2016). Nesse sentido, de acordo com os autores supracitados, a atuação dos serviços de saúde pode interferir positivamente na decisão da nutriz em amamentar e sucesso na prática do AM.

Na relação trabalho-amamentação o emprego e o retorno precoce ao trabalho são fatores associados à menor duração do AM e, em especial, do AME. Em um estudo transversal nacional identificou-se que mães trabalhadoras protegidas pela licença maternidade apresentaram menor chance de interrupção do AME antes dos quatro meses de idade da criança (MONTEIRO, 2017). Havendo garantia dos direitos trabalhistas que permitam a manutenção do AM, o trabalho parece não ser um empecilho independentemente da ocupação da mãe. A carga horária de trabalho, principalmente quando excede a 20 horas semanais e a jornada dupla de trabalho somando o trabalho fora do lar e afazeres domésticos, parece ter maior impacto negativo na manutenção do AM (FALEIROS, 2006; MS, 2010; PIVETTA, 2018; RELVAS, 2019).

O uso de artefatos como a chupeta também está associado ao risco à interrupção do AME antes dos seis meses de idade da criança e menor duração no tempo do AM total, entretanto os mecanismos ainda não estão esclarecidos e há controvérsias da relação de causalidade. Uma hipótese é de que a chupeta seria responsável pelo desmame devido ao efeito de confusão de bicos provocado pelos diferentes formatos entre o seio materno e os bicos artificiais e, isso requer diferentes habilidades orais para sucção. A segunda hipótese aponta para o uso da chupeta como consequência do desmame precoce e não causa. Já a terceira hipótese, envolve a tríade relação entre bebê-mãe-família, sendo elas: a habilidade do bebê na prática da amamentação, a segurança materna quanto à importância do AM e a postura materna frente à pressão cultural para a oferta da chupeta (BUCCINI, 2017; SBP, 2017).

## **2.5 Alimentação complementar - Conceitos, benefícios e recomendações.**

A AC pode ser definida como a gama de alimentos e/ou líquidos oferecidos à criança, complementando o leite materno, a partir dos seis meses, quando apenas o leite materno não é mais capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê. Entretanto a amamentação deve continuar sendo ofertada pelo menos até os dois anos de idade da criança (MS, 2015a; MS, 2019; WHO, 2008).



Aos seis meses de vida a criança já tem maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos; os reflexos necessários para a deglutição, manifestação da excitação à visão do alimento, sustentação da cabeça além da erupção dos primeiros dentes. Portanto a fase de introdução de alimentos além de atender às necessidades nutricionais também busca expor o bebê gradualmente aos hábitos alimentares da família e à experimentação de sabores, texturas e aromas vistas a formação do próprio hábito alimentar (MS, 2015a).

A introdução adequada da AC promove ingestão de nutrientes necessários à idade da criança, possibilita o desenvolvimento de habilidades motoras e cognitivas, expõe à diversidade de alimentos o que pode contribuir para o aprendizado sobre si, sobre o ambiente que vive e sobre as relações familiares, desempenhando um papel importante na formação de hábitos alimentares saudáveis que influenciarão em sua relação com a comida (MS, 2019).

O guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos do MS, publicado em 2019, seguindo a orientação para a população adulta caracteriza os grupos de alimentos de acordo com o grau de processamento, sendo eles:

(i) *In natura* - são alimentos obtidos diretamente das plantas ou dos animais sem alteração após sua colheita ou abate;

(ii) Minimamente processados - são alimentos que passaram por alguma modificação que não envolvam a adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou substância ao alimento original;

(iii) Processados - são alimentos *in natura* adicionado de ingredientes culinários para aumentar validade ou modificar forma de consumo;

(iv) Ultraprocessados - são produtos alimentícios produzidos pela indústria por meio de técnicas e etapas de processamento, levam muitos ingredientes e aditivos alimentares.

Segundo o Guia para crianças brasileiras menores de dois anos do MS (2019), as melhores práticas para AC adequada envolvem (i) a manutenção do AM; (ii) a introdução da oferta de água à criança; (iii); de consistência adequada à idade; (iii) em quantidade suficiente para a criança, respeitando a aceitação e sinais de saciedade; (iv) variada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, respeitando a cultura alimentar da família, priorizando o

consumo de alimentos produzidos na região, e durante safra; e (v) refeição com temperos naturais e quantidade mínima de sal.

Durante os primeiros seis meses o leite materno supre a necessidade hídrica do lactente. Entretanto, a partir do sexto mês, quando novos alimentos são ofertados à criança, água deve ser introduzida à alimentação (MS, 2019).

No início da introdução alimentar recomenda-se estabelecer uma rotina alimentar, com intervalos regulares entre as refeições, mas sem rigidez de horários. Os alimentos devem ser oferecidos inicialmente amassados com garfo, evoluindo para pedaços pequenos ou desfiados. A consistência dos alimentos deve mudar ao longo dos meses de forma lenta e gradual. Aos oito meses de idade, a criança já pode receber alimentos menos amassados e/ou picados em pedaços maiores (MS, 2019).

A partir dos sete meses recomenda-se a oferta de três refeições além do leite materno, sendo uma grande refeição (almoço ou jantar) e duas refeições pequenas menores (desjejum, lanche da manhã, lanche da tarde). Aos oito meses de idade recomenda-se a oferta de quatro refeições, sendo duas refeições pequenas e duas refeições grandes, além do leite materno (MS, 2019).

Para as pequenas refeições como desjejum, lanche da manhã e da tarde, o leite materno continua sendo um importante complementar aos demais alimentos ofertados, como frutas e algum alimento do grupo dos cereais, raízes e tubérculos dependendo da idade da criança. Para o almoço e/ou jantar é recomendado que a refeição contenha: (i) um alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; (ii) um alimento do grupo dos feijões; (iii) um ou mais alimentos do grupo de verduras e legumes; (iv) um alimento do grupo das carnes e ovos; e pode ser incluído um pedaço de fruta (MS, 2019).

Os alimentos oferecidos à criança podem ser temperados com pequena quantidade de óleo vegetal, temperos naturais e com uma quantidade mínima de sal. Temperos prontos, em tabletes, cubos ou pó, são considerados ultraprocessados e não devem ser utilizados na alimentação da família. Recomenda-se que a maior variedade da alimentação seja de alimentos in natura e minimamente processados, apenas alguns alimentos processados podem fazer parte da alimentação infantil como pães, sal e queijos. Os alimentos ultraprocessados

estão relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas e à alta produção de resíduos, por isso não devem ser consumidos por crianças e devem ser evitados por adultos (MS, 2019).

## **2.6 A alimentação complementar no Brasil**

Os dados nacionais sobre AC são escassos de maneira geral e são ainda mais escassos quando comparado aos estudos relacionado ao AM, a Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal realizada em 1999 identificou, no geral, a adequação da AC em menos da metade das crianças entrevistadas. Já na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006 verificou-se a introdução alimentar precoce, entre zero e seis meses, presente em mais da metade (52,0%) das crianças estudadas, enquanto um pouco mais de um terço (35,6%) das crianças entre seis e oito meses haviam consumido refeição de sal nas 24 horas anteriores à entrevista (MS, 2009a).

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal de 2008 identificou-se a introdução alimentar precoce em cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses. Outro desafio apresentado nesta pesquisa se deu pela identificação do consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre crianças de 9 a 12 meses (MS, 2009b).

Caracterizando os tipos de alimentos ofertados antes dos seis meses em diferentes regiões brasileiras, um estudo identificou que as capitais da região Sul destacaram-se pela maior prevalência da oferta de chá, enquanto sucos foram mais prevalentes na região Nordeste. O consumo de leite não materno nos primeiros seis meses de vida foi mais comum nas capitais das regiões Nordeste e Sudeste. No quesito consumo de papas e mingaus, o consumo foi mais frequente nas capitais da região Norte, Nordeste e Sudeste, com destaque à região Nordeste (SALDIVA, 2011).

Em análise da PNS (2013) identificou-se que 32% das crianças menores de 24 meses consumiram bebidas açucaradas como refrigerante e suco artificial no dia anterior à entrevista (JAIME, 2017). Esse resultado também foi encontrado por outro autor que analisou os dados referentes à mesma pesquisa e identificou que há uma tendência ao aumento do consumo de refrigerante quando comparado aos dados nacionais de 2008 (FLORES, 2020).

## 2.7 Fatores associados à alimentação complementar

O período de introdução da AC é um processo que envolve fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais que interferem no acesso a uma dieta saudável, na formação de hábitos alimentares e no estado nutricional das crianças (MS, 2015a).

A menor escolaridade materna parece estar associada à menor chance de ofertar carne às crianças entre seis e doze meses, segundo um estudo realizado na região Centro-oeste. Mães sem escolaridade ou escolaridade menor que 4 anos de estudo, tem duas a três vezes mais chances de introduzir alimentos processados e menores chances de promover uma dieta diversificada (BORTOLINI, 2015).

A condição materna relacionada ao trabalho fora do lar (CORREA, 2009), idade materna, em especial mães acima de trinta anos (SILVA, 2010), àquelas que residem em domicílios com mais de quatro pessoas (CORREA, 2009) e que vivem sem companheiro (MAIS, 2014) estão expostas a fatores mais relacionadas à introdução precoce da AC.

A região onde a família vive pode influenciar na adequação da AC. De acordo com a análise dos dados da PNDS (2006/2007) crianças das regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste consumiram maior variedade de alimentos independente de ser estratificado como recomendado ou não para a idade e crianças da região Nordeste consumiram menor variedade de alimentos considerados recomendados para a idade (BORTOLINI, 2012).

A orientação adequada na fase da introdução da AC pode ter impactos positivos na adequação da oferta de alimentos e os profissionais de saúde desempenham papel fundamental auxiliando e orientando mães e cuidadores (MS, 2010a). Mais et al (2014) identificaram que 32,4% dos pais introduziram os novos alimentos precocemente, baseados nas orientações de profissionais de saúde. A falta de atualização sobre o tema por parte dos profissionais e dificuldades na comunicação entre profissional e mãe no momento de contato parecem ser fatores que influenciam negativamente na realização de práticas adequadas em introdução alimentar (BROILO, 2013; MAIS, 2014).

## 2.8 Políticas Públicas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar

Os impactos negativos da má alimentação infantil na economia e no desenvolvimento social impulsionaram o apoio político à promoção do AM. Os movimentos globais em prol da amamentação iniciaram na década de 1970 e foram fomentados por diversas entidades desde organizações técnicas pró-desenvolvimento infantil a organizações midiáticas. A partir destes movimentos criou-se o Código Internacional de Comercialização de Alimentos para Lactentes, que visava a regulamentação da comercialização de leites não maternos e bicos (HERNANDEZ e VICTORA, 2018).

Na década de 1980, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) declararam os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”, ampliando desta forma, o escopo de ações incluindo o incentivo à capacitação de profissionais de saúde com vistas à revisão de práticas que favoreciam o desmame nas maternidades. No Brasil em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) coordenado até 1997 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e a partir daí, coordenado pela área técnica de saúde da criança do MS. O PNIAM definiu ações estratégias em prol do AM como regulamentação do funcionamento de Bancos de Leite Humano, criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); garantia do direito à licença maternidade de 120 dias à mulher trabalhadora, cinco dias de licença paternidade e garantido às mulheres privadas de liberdade o direito de permanecer com seus filhos durante o período de amamentação (BRASIL, 2019; HERNANDEZ e VICTORA, 2018; MS, 2017b).

Na década de 1990 a *Declaração de Innocenti* proposta pela OMS/UNICEF permitiu que cada país estabelecesse metas para a execução de “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”. Em consequência disto ocorreu a formação de uma rede de diversas Organizações Não Governamentais (ONG) chamada Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (*World Alliance for Breastfeeding Action – WABA*); constituição da Semana Mundial da Amamentação (SMAM); no Brasil ocorreu a estruturação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que certifica estabelecimentos que estejam cumprindo ações pré-definidas pró-aleitamento materno e foi adotada por hospitais públicos brasileiros desde então; a implantação do Método Canguru, que é um modelo de atenção voltado para humanização e cuidados à prematuros; criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite

Humano (HERNANDEZ e VICTORA, 2018; MS, 2017b; OMS, 2009); e a pactuação de ações que visavam a complementação da amamentação de forma saudável a partir dos quatro meses de idade (MS, 2017b). No âmbito nacional, as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos foram elaboradas em 1998 baseadas em um diagnóstico nacional sobre a situação alimentar, nutricional e levantamento das práticas maternas sobre a alimentação infantil (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

Nos anos 2000 a OMS realizou a revisão das evidências científica sobre a duração adequada do AME, a OMS passou a recomendar que a introdução da AC aconteça após os seis meses de idade da criança (WHO, 2001). No Brasil, a NBCAL foi revisada e passou a ser Lei Federal, regulamentando a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância inclusive produtos de puericultura e correlatos (HERNANDEZ e VICTORA, 2018). Ações de mobilização sociais em prol do AM também se tornaram pauta de setores de abrangência nacional como Correios e Bombeiros (MS, 2017b).

Em 2002 em adequação às novas recomendações, o MS elaborou um manual voltado para orientação à população quanto às práticas adequadas relacionadas à alimentação infantil e um guia com orientações técnicas para a promoção da alimentação infantil para profissionais de saúde (MONTE e GIUGLIANI, 2004; MS, 2002).

No final dos anos 2000 ocorreu a implementação da Rede Amamenta Brasil que visava a reorganização do trabalho e a transformação das práticas de profissionais atuantes nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (MS, 2011; MS, 2015b; VENANCIO, 2016). A partir do pouco avanço rumo à uma alimentação saudável referentes ao consumo alimentar infantil apontados pela PNDS-2006, o MS com apoio da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar, elaborou a implantação, em 2009, da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que visava fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação complementar no SUS, por meio de qualificação dos profissionais da APS, e revisou em 2010 o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos (MS, 2009a; MS, 2010b).

A partir do ano de 2010, foram implementadas ações que visavam integração dos serviços e rede de cuidados materno-infantis entre as diversas esferas do setor público, saúde suplementar, ONG e sociedade civil, como: a formalização para orientação a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas, em 2010; a Rede Cegonha

em 2011; o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM) em 2012; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015; o Marco Legal da Primeira Infância, que fomenta e subsidia a criação de políticas públicas, programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os 6 anos de idade (MS, 2010b; MS, 2015b; MS, 2017b).

Neste sentido o MS passou a abordar o tema AM e AC em um mesmo eixo temático de cuidado e em 2013 criou-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que é resultado da integração da Rede Amamenta Brasil e da ENPACS e abarca ações de promoção e apoio à prática da amamentação na APS e também para promoção da AC adequada, oportuna e saudável (MS, 2017b). A EAAB prevê o fortalecimento da discussão sobre a AC, reorganização do processo de trabalho, transformação das práticas e habilidades dos profissionais da APS (MS, 2017b; HERNANDEZ e VICTORA, 2018).

### 3 JUSTIFICATIVA

Pode-se dizer que é de consenso mundial a relevância do aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar adequada para a saúde das crianças a curto, médio e longo prazo. O monitoramento das práticas de promoção e apoio ao AM e introdução alimentar adotadas pelos diversos serviços e das práticas alimentares adotadas pela população, por meio de dados e indicadores, é fundamental para avaliar e apoiar a tomada de decisões.

No Brasil desde a década de 1970 existem estudos que apontam como resultados tendências da prevalência de AM e sobre o perfil alimentar de crianças menores de 12 meses em nível nacional. No entanto, considerando a diferença no perfil epidemiológico da população entre as regiões e os municípios, os dados gerados podem não representar a realidade local.

Assim como na maioria dos municípios da região do Vale do Paraíba, constata-se também a ausência de dados sobre alimentação infantil no município de Jacareí, tanto de indicadores do perfil alimentar quanto sobre o a atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no apoio e promoção do AM e da introdução alimentar. Desta forma verifica-se a necessidade de coleta de dados para avaliação sobre as práticas alimentares da população menor de 12 meses e do perfil de trabalho das UBS para promoção e apoio do AM e AC no município de Jacareí.

As informações obtidas com a realização desse diagnóstico local podem ser utilizadas para apoiar na tomada de decisões dos gestores locais no tocante à disponibilização orçamentária, fortalecimento das ações exitosas e definição de estratégias em prol da alimentação infantil adequada. A caracterização das práticas de trabalho também pode apoiar na sensibilização das equipes da APS, como forma de favorecer a operacionalização de ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno e à introdução alimentar saudável, oportuna e adequada

Desta forma verifica-se a necessidade de coleta de dados para avaliação sobre as práticas alimentares da população menor de 12 meses e do perfil de trabalho das UBS para promoção e apoio do AM e AC no município de Jacareí.



## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Caracterizar as práticas de alimentação infantil e a atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde na promoção da amamentação e alimentação complementar saudável no município de Jacareí.

### **4.2 Específicos**

- Estimar a prevalência de AME e AM no município de Jacareí;
- Caracterizar a introdução da AC em relação à diversidade, frequência, consistência e adequação dos alimentos oferecidos;
- Verificar a influência de condições socioeconômicas, características maternas e dos serviços de saúde sobre as práticas de alimentação infantil e uso de bicos artificiais;
- Descrever o perfil das UBS em relação à sua estrutura e aos serviços ofertados para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo envolvendo um inquérito de base populacional direcionado a cuidadores de lactentes menores de 12 meses e entrevistas com supervisores administrativos dos equipamentos da APS.

### **5.2 Cenário do estudo: O município de Jacareí**

O município de Jacareí está localizado no interior do Estado de São Paulo. A população é de 227.945 habitantes, segundo a Fundação Seade (2020) e cerca de 98,6% da população vive em áreas urbanas. No ano de 2019, a mortalidade infantil foi de 9,17 a cada 1000 nascidos vivos, segundo o Departamento de Vigilância à Saúde municipal. De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano (2013) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que é calculado com base nos dados econômicos e sociais apontou que em 2010 o IDH foi de 0,777, valor acima da média nacional (0,727) e próximo da média estadual (0,783) do mesmo ano.

A rede municipal atual está organizada em serviços de saúde, contemplando os níveis de atenção primária, secundária e terciárias. A oferta de consultas por habitante SUS dependente, no ano de 2019, foi em de 5,82 consultas/ano. O parâmetro apontado pelo MS indica que, considerando os três níveis assistenciais, a oferta de consulta por habitante SUS dependente é de 2,5 consultas/ano. Isso mostra que o município tem ofertado assistência em saúde à população adscrita.

A APS é composta por 67,3% das UBS no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), todas as UBS contam com equipes multiprofissionais de apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Primária (NASF-AP), equipes multidisciplinares de atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa e 01 de apoio à população em situação de rua, Consultório na Rua.

A atenção especializada é composta pelo serviço de atendimento de especialidades médicas e odontológicas, centro de reabilitação, ambulatório de infectologia, laboratório municipal e rede de apoio em saúde mental.

A rede de urgência e emergência é composta pronto atendimento Infantil e Adulto, hospital e maternidade para pronto atendimento obstétrico e oncológico, Suporte Básico Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

### **5.2.2 Programas voltados para a saúde da gestante, crianças menores de 12 meses e puérperas**

As ações em saúde da gestante compreendem a realização de teste diagnóstico de gravidez, assistência ao pré-natal de maneira descentralizada, protocolo de acompanhamento de consulta de enfermagem em complemento à consulta médica, rastreamento para detecção da sífilis, ações de educação em saúde voltadas para orientação quanto aos cuidados na gestação, preparo para o parto e cuidados em puericultura. No ano de 2019, aproximadamente 92,5% das gestantes realizaram o mínimo de sete consultas preconizadas pelo MS durante o pré-natal de menor risco.

Nas ações pós-parto é preconizado o monitoramento do primeiro atendimento da puérpera e do recém-nascido na maternidade de referência além do acompanhamento, prioritariamente em domicílio, pelas equipes da APS.

Para as crianças menores de 12 meses, o programa de cuidados em puericultura prevê o calendário e monitoramento dos atendimentos médicos e de enfermagem realizados pelas crianças. Preconiza-se que as equipes realizem ações educativas em puericultura vistas a manutenção do cuidado nessa fase.

Os programas Bolsa Família e Viva Leite são programas gerenciados em parceria entre a Secretaria de Saúde e de Assistência Social e que também incluem a busca ativa e o acompanhamento de crianças em vulnerabilidades menores de 12 meses. O Programa Bolsa Família prevê o monitoramento do calendário vacinal e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, no mínimo, semestralmente. O Programa Viva Leite é um programa estadual presente no município desde 1999, operacionalizado pela Secretaria de Saúde visa suplementar a alimentação infantil, por meio da dispensação de leite de vaca fluído, integral, pasteurizado, enriquecido com vitamina A, D e Ferro para crianças elegíveis,

segundo critérios sociais entre seis meses e seis anos. A entrega do leite acontece duas vezes por semana em todos os equipamentos da APS e mensalmente são realizadas ações de educação em saúde e acompanhamento do crescimento e calendário vacinal.

Apesar da existência do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), proposto pelo MS para monitoramento do perfil alimentar de crianças de zero a três anos, o município não faz uso da ferramenta “Marcador de Consumo Alimentar” para coleta de informações sobre a alimentação da população ou ferramenta equivalente.

### 5.3 População do estudo

A população alvo do estudo envolve dois públicos distintos: (i) Crianças menores de 12 meses de idade cadastradas nas UBS do município; (ii) Supervisoras responsáveis pelo gerenciamento administrativo das UBS, seja do modelo tradicional de cuidado ou Unidade Municipal de Saúde da Família (UMSF).

Foram considerados como critérios de exclusão relacionados à criança: anomalias congênitas que impeçam a alimentação via oral sem a adaptação de consistência, o uso de sonda nasogástrica ou gastrostomia, crianças em que a mãe recebeu contraindicação ao aleitamento materno por apresentar algum fator de risco à mãe ou à criança. Em relação às supervisoras, não houve critério para exclusão.

Em relação à nomenclatura utilizada para definição da faixa etária do lactente, manteve-se apenas em dias a estratificação para lactentes menores de 6 meses, para as demais faixas etárias padronizou-se em meses, como segue no Quadro 1.

**Quadro 1 – Equivalência da nomenclatura utilizada referente à idade das crianças.**

<b>Faixa etária da criança</b>	<b>Nomenclatura definida</b>
Entre 0 e 180 dias	Crianças menores de 6 meses
Entre 0 e 364 dias	Crianças menores de 12 meses
Entre 180 dias e 364 dias completos	Crianças entre 6 e 12 meses
Entre 180 dias e 209 dias completos	Crianças entre 6 e 7 meses
Entre 180 dias e 269 dias completos	Crianças entre 6 e 9 meses
Entre 210 dias e 364 dias completos	Crianças entre 7 e 12 meses.

Fonte: elaborado pelo autor.

## 5.4 Amostragem

A amostra para a coleta de informações relacionadas às práticas alimentares foi definida a partir das crianças com cadastros considerados completos no sistema de gestão de prontuários eletrônicos adotado pelo município, independente de realizar ou não o acompanhamento em saúde no SUS. Foram desconsiderados cadastros classificados como incompletos, ou seja, com situação de não confirmação do endereço cedido para o estabelecimento de saúde.

O tamanho da amostra foi fixado considerando os dados sobre aleitamento materno da última PNS, realizada em 2013, com prevalência de AME até o sexto mês de 36,6% (IBGE, 2015).

Para planejar o tamanho da amostra, foram consideradas as crianças nascidas vivas nos últimos doze meses que antecederam a data do cálculo e identificadas segundo a situação cadastral, sendo consideradas apenas aquelas crianças com situação cadastral completa ( $n=1800$ ), ou seja, crianças em que o endereço de residência foi comprovado por meio de documento ou da visita do ACS da UBS, independente de realizar acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no SUS. Considerando a proporção a ser estimada  $P=0,40$ , o valor de  $z=1,96$ , o erro de amostragem  $d=0,05$  e a correção de população finita, estimou-se um  $n=523$ . Levando-se em conta uma perda de 10%, a amostra foi composta de 580 crianças, divididas em 2 domínios de estudo: crianças menores de 6 meses ( $n=290$ ) e crianças de 6 a 12 meses ( $n=290$ ).

Uma vez obtidos os dados municipais consolidados de cadastros completos de cada UBS e a definição do tamanho da amostra, distribuiu-se o número de crianças proporcionalmente ao total de cadastros completos de cada UBS. Definindo assim o número de crianças elegíveis por UBS e divididas segundo os grupos etários de interesse. Desta forma a amostra foi definida e distribuída nas UBS conforme representado na Tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição das crianças menores de doze meses cadastradas nas UBS do Município de Jacareí em 2019.**

<b>UBS</b>	<b>Nº de crianças com cadastros completos por UBS</b>	<b>Equivalência (%) em relação ao total crianças com cadastros completos nas UBS</b>	<b>Nº que corresponde à proporção de crianças com cadastros completos por UBS</b>	<b>Nº de crianças menores de seis meses por UBS</b>	<b>Nº de crianças entre 6 meses e menores de 12 meses por UBS</b>
<b>UBS PSA</b>	207	12	66	33	33
<b>UBS SCL</b>	17	01	06	03	03
<b>UMSF SABV</b>	66	04	22	11	11
<b>UMSF BB</b>	64	03	20	10	10
<b>UMSF CS</b>	213	12	68	34	34
<b>UMSF ESP</b>	90	05	30	15	15
<b>UMSF IGA</b>	131	07	42	21	21
<b>UMSF JI</b>	129	07	42	21	21
<b>UMSF JV</b>	102	06	32	16	16
<b>UMSF JE</b>	44	02	14	07	07
<b>UMSF IMP</b>	72	04	24	12	12
<b>UMSF JY</b>	102	06	32	16	16
<b>UMSF PAG</b>	20	01	06	03	03
<b>UMSF PB</b>	120	07	38	19	19
<b>UMSF RC</b>	111	06	36	18	18
<b>UMSF SS</b>	44	02	14	07	07
<b>UMSF VZ</b>	128	07	42	21	21
<b>UMSF PML</b>	140	08	46	23	23
<b>Total</b>	1800	100	580	290	290

Fonte: Sistema municipal de prontuários *Fast Medic* e dados obtidos pelo próprio pesquisador.

No preparo do campo de pesquisa, foi gerado um novo relatório consolidado de cadastro por UBS, considerando o período de nascimento retroativo de doze meses a contar da semana que antecedia o início das entrevistas. E, a partir daí, foi realizado o sorteio aleatório das crianças que tiveram seus cuidadores convidados a participar da pesquisa.

Para incluir crianças elegíveis que nasceriam durante o período de coleta de dados e captar crianças com maior amplitude de idade, foi reservado um percentual de 15% do número total de crianças por UBS, para um sorteio complementar, que ocorreu em meados de outubro de 2019. Também foi pré-definida, por sorteio, uma lista de crianças elegíveis, como reserva para repor eventuais perdas por mudança da faixa etária de interesse.

Para a realização das entrevistas referentes ao perfil de trabalho das unidades direcionadas às supervisoras administrativas de UBS, todos os supervisores foram convidados a participar.

## **5.5 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento destinado à coleta de dados junto ao cuidador principal das crianças foi formulado a partir do formulário “Marcadores de Consumo Alimentar”, proposto pelo MS como ferramenta prática de apoio às equipes da APS, na identificação de práticas saudáveis e não saudáveis na alimentação da população e de levantamento de informações locais para orientação da promoção da alimentação adequada e saudável (MS, 2015d).

O formulário conforme apresentado no Anexo A, foi composto por perguntas fechadas. Para minimizar possíveis vieses de memória dos participantes optou-se por limitar-se a avaliar o consumo de alimentos no dia anterior à entrevista e o instrumento foi organizado em três blocos distintos: (i) identificação dos dados sociodemográficos e de caracterização das crianças, destinado a todas as faixas etárias participantes; (ii) perguntas aos cuidadores de crianças menores de 6 meses sobre as práticas do aleitamento materno e introdução precoce de alimentos e (iii) perguntas aos cuidadores de crianças de 6 12 meses sobre prática do aleitamento materno, introdução de alimentos, diversidade alimentar, frequência mínima de refeições, consistência dos alimentos e a adoção de comportamento de risco para a deficiência de micronutrientes e excesso de peso.

As principais adaptações realizadas no terceiro bloco de perguntas foram feitas de forma a detalhar mais a investigação de bebidas adoçadas, subdividindo em dois itens, sendo um “refrigerante, suco em pó e xarope de groselha”, outro em “suco de caixinha, água de coco de caixinha” e no terceiro “suco natural adoçado”. Optou-se por dividir os itens “biscoito recheado, doces e guloseimas”, em dois itens, sendo um deles “biscoito recheado” e o outro em “doces e guloseimas” devido à composição nutricional dos alimentos.

O instrumento para coleta de dados quanto ao perfil das UBS consistiu em um formulário composto por questões fechadas que verificaram a composição das equipes de trabalho, capacitações realizadas pela equipe sobre AM e AC, serviços prestados no pré-natal, pós-parto e puericultura voltados para a promoção e apoio ao AM e AC nas UBS, coleta de dados e análise de dados relacionada ao AM e AC. O questionário foi elaborado com base na proposta da EAAB e as recomendações da OMS/UNICEF/MS intitulada “Dez passos para o sucesso do AM”, conforme Anexo B (MS, 2015e).

## **5.6 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2019 no município de Jacareí-SP. A coleta de dados referentes às crianças foi efetuada por meio de entrevista individual, realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) indicados pelo gestor local. Todos os supervisores de UBS foram orientados pessoalmente, de acordo com agenda de visita no Anexo C e por correio eletrônico quanto ao tema em discussão, plano de trabalho para a coleta das informações, instrumentos que seriam utilizados e somente após isso, indicaram quais profissionais seriam os entrevistadores. Os trinta e dois ACS e que compuseram a equipe de entrevistadores passaram por treinamento aplicado pela pesquisadora, conforme lista de presença no Anexo D.

Com o objetivo de obter o melhor resultado possível na aplicação do questionário, os entrevistadores foram treinados na semana que antecedeu o início da coleta dos dados. O treinamento, de no mínimo duas horas, foi realizado por meio de exposição audiovisual e os temas abordados foram: a proposta de trabalho; leitura e discussão da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE); apresentação e discussão detalhada dos instrumentos de coleta das informações, dramatização da entrevista e registros necessários.

A lista com as informações de identificação das crianças elegíveis e os impressos necessários para a coleta de dados foram disponibilizados no dia do treinamento. As crianças foram captadas por meio de visitas domiciliares a partir do endereço de cadastro no sistema de prontuários.



Contatos realizados por três vezes sem sucesso, crianças não residentes nos locais cadastrados, crianças que não pertenciam à faixa etária de interesse no dia da entrevista e recusas foram consideradas como perdas.

Quanto à caracterização do perfil das UBS, a coleta dos dados aconteceu por meio de entrevistas individuais a todas as supervisoras responsáveis pelas atividades administrativas das UBS. As entrevistas foram realizadas por três estagiários de nutrição da Universidade Paulista. Os três estagiários estavam cumprindo atividades curriculares no período selecionado e foram indicados pelo supervisor do grupo de estágio da universidade parceira, após explanação da atividade a ser executada.

Os estagiários foram treinados pela pesquisadora previamente ao período de entrevistas. O treinamento, de carga horária de duas horas, foi composto por exposição audiovisual sobre a proposta de trabalho; leitura e aplicação do TCLE; apresentação e discussão detalhada do instrumento de coleta das informações, dramatização da entrevista e registros necessários conforme lista de presença no Anexo E.

## **5.7 Análise dos dados**

Os dados do inquérito foram digitados no programa *Microsoft Excel* e o banco de dados foi posteriormente transportado para o programa *Software Stata* para análise estatística, por meio da descrição das frequências absolutas (n) e relativas (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para as análises, as crianças foram estratificadas em dois grupos principais: crianças menores de 6 meses e crianças entre 6 e 12 meses e em cada um deste grupo principal estratificada para calcular o indicador de interesse.

As práticas de amamentação e alimentação complementar foram analisadas segundo os indicadores abaixo, no Quadro 2, propostos pelo MS (MS, 2015d):

**Quadro 2 – Indicadores para aleitamento materno e consumo alimentar de crianças menores de 12 meses.**

Indicador consumo alimentar	Parâmetro utilizado.	Fórmula de cálculo utilizado
Aleitamento materno exclusivo	Crianças menores de 6 meses que receberam exclusivamente leite materno no dia anterior à entrevista.	Crianças menores de 6 meses que <u>receberam apenas leite materno</u> Total de crianças menores de 6 meses
Aleitamento materno continuado	Crianças entre 6 e 12 meses de idade que receberam leite materno no dia anterior à avaliação.	Crianças de 6 e 12 meses <u>que receberam leite materno</u> Total de crianças de 180 e 364 dias
Aleitamento Materno	Crianças menores de 12 meses que receberam leite materno no dia anterior à avaliação.	Crianças menores de 12 meses <u>que receberam leite materno</u> Total de crianças de menores 12 meses
Introdução adequada de alimentos	Crianças entre 6 e 7 meses: consumo no dia anterior de, pelo menos, duas frutas e uma papa salgada. Crianças entre 7 e 9 meses: consumo de, pelo menos, duas frutas e duas papas salgadas.	Crianças entre 6 e 9 meses que receberam alimentos na frequência <u>recomendada para a idade</u> Total de crianças entre 6 e 9 meses
Frequência Alimentar Mínima e Consistência adequadas.	Crianças entre 6 e 7 meses: consumo no dia anterior de, pelo menos, uma papa salgada na consistência “pedaços” ou “amassada”; Crianças entre 7 e 12 meses: consumo no dia anterior de, pelo menos, duas papas salgadas na consistência “pedaços” ou “amassada”.	Crianças entre 6 e 12 meses que receberam comida de sal na frequência <u>e consistência adequada</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses
Diversidade alimentar adequada.	Crianças entre 6 e 12 meses que consumiram no dia anterior de, pelo menos, um item de seis grupos alimentares, sendo eles: 1) leite ou substitutos; 2) frutas legumes e verduras; 3) vegetais verde-escuro ou fruta alaranjada; 4) carnes ou ovo; 5) feijão; e 6) cereais ou tubérculos.	Crianças entre 6 e 12 meses que <u>receberam seis grupos alimentares</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses

Consumo de Alimentos Ultraprocessados (AUP)	Considerado o consumo no dia anterior de pelo menos um dos alimentos ultraprocessados investigados.	Crianças entre 6 e 12 meses que consumiram pelo menos um dos alimentos <u>ultraprocessados investigados</u> . Total de crianças entre 6 e 12 meses
Consumo de AUP - carne processada e embutidos.	Considerado o consumo no dia anterior de salsicha ou linguiça ou carne de frango processada ou presunto ou salame.	Crianças entre 6 e 12 meses que consumiram <u>carne processada e embutidos</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses
Consumo de AUP - bebidas adoçadas ultraprocessadas	Considerado o consumo no dia anterior de refrigerante ou sucos artificiais líquidos ou suco em pó ou suco do tipo néctar ou água de coco processada.	Crianças entre 6 e 12 meses que consumiram <u>bebidas adoçadas ultraprocessadas</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses
Consumo de bebidas <i>in natura</i> adoçadas.	Considerado o consumo no dia anterior de bebidas <i>in natura</i> adoçadas.	Crianças entre 6 e 12 meses que <u>consumiram bebidas <i>in natura</i></u> Total de crianças entre 6 e 12 meses
Consumo de AUP salgados.	Considerado o consumo no dia anterior de macarrão instantâneo ou salgadinho de pacote ou biscoitos salgados.	Crianças entre 6 e 12 meses que consumiram macarrão instantâneo, <u>salgadinhos ou biscoitos salgados</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses
Consumo de alimentos AUP doces	Considerado o consumo no dia anterior de biscoito recheado ou doces ou guloseimas.	Crianças de entre 6 e 12 meses que consumiram biscoito <u>recheado, doces ou guloseimas</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses
Consumo de alimentos ricos em ferro	Proporção de crianças entre 6 e 12 meses que receberam alimentos carnes (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) e/ou ovo e/ou fígado e/ou feijão.	Crianças entre 6 e 12 meses que <u>receberam alimentos ricos em ferro</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses
Consumo de alimentos ricos em vitamina A	Proporção de crianças entre 6 e 12 meses que receberam vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda).	Crianças de entre 6 e 12 meses que receberam <u>alimentos ricos em vitamina A</u> Total de crianças entre 6 e 12 meses

Fonte: MS, 2015d (Adaptado).

Para composição dos grupos alimentares considerou-se:

Grupo Leite: somatório das respostas “sim” para os itens leite materno, leite de vaca, fórmula infantil, leite de cabra, mingau com leite e iogurte da entrevista;

Grupo Frutas: somatório de respostas “sim” para o item frutas da entrevista;

Grupo Hortaliças e Legumes: somatório das respostas “sim” dos itens legumes, vegetal de cor alaranjada ou verde-escura e verdura de folha da entrevista;

Grupo Carnes e Ovos: somatório das respostas “sim” dos itens carne e miúdos da entrevista;

Grupo Feijão: somatório das respostas “sim” do item feijão da entrevista;

Grupo Arroz e Tubérculos: somatório das respostas “sim” arroz e tubérculos da entrevista;

Grupo Alimentos ultraprocessados: resposta “sim” para qualquer um dos itens refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, xarope de groselha, água de coco, hambúrguer, embutidos, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoito salgado, biscoito recheado, doces e guloseimas da entrevista;

Grupo Bebidas ultraprocessadas adoçadas: somatório das respostas “sim” dos itens refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, xarope de groselha e água de coco da entrevista.

Para as análises de associação entre a prevalência dos desfechos e as variáveis relacionadas à mãe, o recebimento de orientação alimentar, acesso à creche foi utilizado o teste de qui-quadrado, considerando o nível de significância de  $p < 0,05$ . Considerando que foram incluídas no sorteio para participar do estudo crianças cadastradas no SUS, independente da estratificação social e acompanhamento no setor público, optou-se por utilizar a escolaridade materna como *proxy* de renda.

Os dados sobre a caracterização das UBS foram descritos, por meio da apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (%).

## **5.8 Aspectos éticos**

Os participantes convidados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE, para maiores de 18 anos, conforme Anexo F e Anexo G; e o TALE, para menores de 18 anos, conforme Anexo H.

A pesquisa foi autorizada pela Diretora de Atenção Básica, representada por Marilis Bason Cury e pela Secretária de Saúde, representada pela Sra. Rosana Gravena conforme Anexo I.

Em cumprimento às normas estabelecidas pela Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 510, de 07 de abril de 2016 e Resolução 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS via Plataforma Brasil sob o número 3.471.379 em 25 de Julho de 2019 conforme Anexo J.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Caracterização da amostra do estudo

A partir do conjunto de domicílios visitados foram alcançadas informações referentes a 540 crianças, sendo 253 menores de 180 dias e 287 entre 180 dias e menores de 365 dias. Obteve-se um número de crianças menor do que o calculado devido a recusas, endereços desatualizados e crianças que estavam em idade fora da faixa de interesse no dia da entrevista.

A Tabela 2 refere-se às características sociodemográficas da amostra. Verificou-se que 76,1% das mães tinham entre 19 e 35 anos e 4,8% estavam abaixo dos 19 anos. Com relação à escolaridade e ao emprego 74,5% já haviam concluído o ensino médio, 67,8% não trabalhavam fora de casa e 22,0% eram beneficiárias do PBF. Identificou-se que 84,4% das mães relataram possuir companheiro e 58,3% relataram ter outros filhos.

Os dados relativos às crianças, também apresentados na Tabela 2, apontaram que 52,9% nasceram de parto cesárea, 71,1% não possuíam convênio médico, 92,0% não frequentavam a creche, 55,0% faziam uso de chupeta e 59,3% faziam o uso de mamadeira. Quanto à atenção à saúde, ainda na Tabela 2, verificou-se que 42,8% dos cuidadores informaram ter recebido orientações sobre alimentação infantil pelo menos uma vez nos doze meses anteriores às entrevistas. Dentre aqueles que referiram ter recebido orientações, 48,5% relataram que estas orientações aconteceram no hospital onde ocorreu o parto e 40,7% na UBS.

**Tabela 2 – Caracterização da amostra (n=540), segundo variáveis maternas, das crianças e da atenção à saúde. Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Total (n=540)		<6 meses (n=253)		>6 meses (n=287)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade Materna</b>						
< 19 anos	26	4,8	18	7,1	8	2,8
>=19anos < 35anos	415	76,9	189	74,7	226	78,7
>=35anos	99	18,3	46	18,2	53	18,5
<b>Escolaridade Materna (n=451*)</b>						
Sem escolaridade	1	0,2	1	0,5	0	0,0
Ensino Fundamental incompleto	7	1,6	4	1,8	3	1,3
Ensino Fundamental completo	71	15,7	37	16,9	34	14,7
Ensino Médio completo	310	68,7	148	67,6	162	69,8
Ensino Superior incompleto	26	5,8	13	5,9	13	5,6
Ensino Superior completo	36	8,0	16	7,3	20	8,6
<b>Situação conjugal (n=539)</b>						
Tem companheiro	453	84,0	212	84,1	241	84,0
Não tem companheiro	86	16,0	40	15,9	46	16,0
<b>Situação de trabalho materno (n=537)</b>						
Trabalha fora do lar	133	24,8	44	17,5	89	31,1
Não trabalha fora do lar	364	67,8	169	67,3	195	68,2
Está em licença maternidade	40	7,4	38	15,1	2	0,4
<b>Beneficiário de programas sociais</b>						
Não	409	75,7	196	77,5	213	74,2
Programa Bolsa Família	119	22,0	53	20,9	66	23,0
Outros Programas	12	2,2	4	1,6	8	2,8
<b>Tipo de parto (n=539)</b>						
Vaginal	254	47,1	133	52,8	121	42,2
Cesárea	285	52,9	119	47,2	166	57,8
<b>Mãe tem outros filhos</b>	315	58,3	145	57,3	170	59,2
<b>Criança possui convênio</b>	156	28,9	54	21,3	102	35,5
<b>Criança frequenta creche</b>	43	8,0	4	1,6	39	13,6
<b>Criança faz uso de chupeta</b>	297	55,0	139	54,9	158	55,1
<b>Criança faz uso de mamadeira</b>	320	59,3	123	48,6	197	68,6
<b>Receberam orientações</b>	230	42,6	110	43,5	120	41,8
<b>Fonte das orientações (n=230)</b>						
Unidade Básica de Saúde	94	40,9	36	32,7	58	48,3
Hospital	111	48,3	65	59,1	46	38,3
Outros	25	10,9	9	8,2	16	13,3

\* Para distribuição da Escolaridade foram excluídos 89 entrevistados que não eram mães das crianças da amostra. Fonte: Elaboração própria, 2020.

## 6.2 O Aleitamento Materno

A Tabela 3 apresenta dados sobre a prevalência de AM, AME e AMC. Verificou-se que a prevalência de AM em menores de 180 dias foi de 81,8% e de AME foi de 34,4%. Ao estratificar a distribuição de AME verificou-se declínio da prevalência logo após os primeiros 60 dias após nascimento. A prevalência de AM encontrada em lactentes menores de 12 meses foi de 67,6% e de AMC de 55,1%. Na estratificação do AMC entre crianças de 6 a 12 meses, observou-se que a prevalência diminuiu conforme aumenta a idade da criança.

**Tabela 3 – Distribuição de crianças menores de 12 meses em aleitamento materno (n=540), em aleitamento materno exclusivo (n=253) e em aleitamento materno continuado (n=287) no Município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Tipo de Aleitamento</b>	<b>n</b>	<b>% (IC 95%)</b>
<b>Aleitamento materno (AM)</b>		
<180 dias (n=253)	207	81,8 (76,5 – 86,4)
<365 dias (n=540)	365	67,6 (63,5 – 71,5)
<b>Aleitamento materno exclusivo (AME)</b>		
<180 dias (n=253)	87	34,4 (28,5 – 40,6)
0 a 60 dias (n=53)	30	56,6 (42,3 – 70,2)
61 a 90 dias (n=38)	13	34,2 (19,6 – 51,4)
91 a 120 dias (n=50)	18	36,0 (22,9 – 50,8)
121 a <180 dias (n=112)	26	23,2 (15,8 – 32,1)
<b>Aleitamento materno continuado (AMC)</b>		
180 a 364 dias (n=287)	158	55,1 (49,1 – 60,9)
180 – 269 dias (n=125)	83	66,4 (57,4 – 74,6)
270 – 364 dias (n=162)	75	46,3 (38,4 – 54,7)

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Na Tabela 4 estão apresentados os dados relacionados à associação do AME com questões maternas, acesso à creche e uso de bicos artificiais. Verificou-se que houve associação estatística com uso de chupeta e mamadeira relacionada às menores proporções de AME.



**Tabela 4 – Associação entre o aleitamento materno exclusivo com a escolaridade materna, situação materna de trabalho, uso de chupeta, uso de mamadeira e recebimento de orientações em crianças menores de 6 meses no município de Jacaré, São Paulo, 2019.**

Variáveis	AME (n=297)		
	n	%	Valor de p
<b>Escolaridade materna (n=219)<sup>a</sup></b>			0,372
<= Ensino fundamental (n=42)	18	42,9	
>= Ensino médio (n=177)	61	34,5	
<b>Situação materna de trabalho (n=252)<sup>b</sup></b>			0,071
Trabalha fora (n=114)	12	23,1	
Não trabalha fora (n=344)	74	37,0	
<b>Chupeta (n=252)</b>			<b>0,001</b>
Sim (n=139)	33	23,7	
Não (n=113)	53	46,9	
<b>Mamadeira (n=252)</b>			<b>0,001</b>
Sim (n=123)	5	4,1	
Não (n=129)	81	62,8	
<b>Orientação alimentar (n=253)</b>			0,661
Sim, na UBS (n=36)	14	38,9	
Sim, outros locais (n=74)	27	36,5	
Não recebeu (n= 143)	46	32,2	

<sup>a</sup> Dados referente a mães de crianças menores de seis meses.

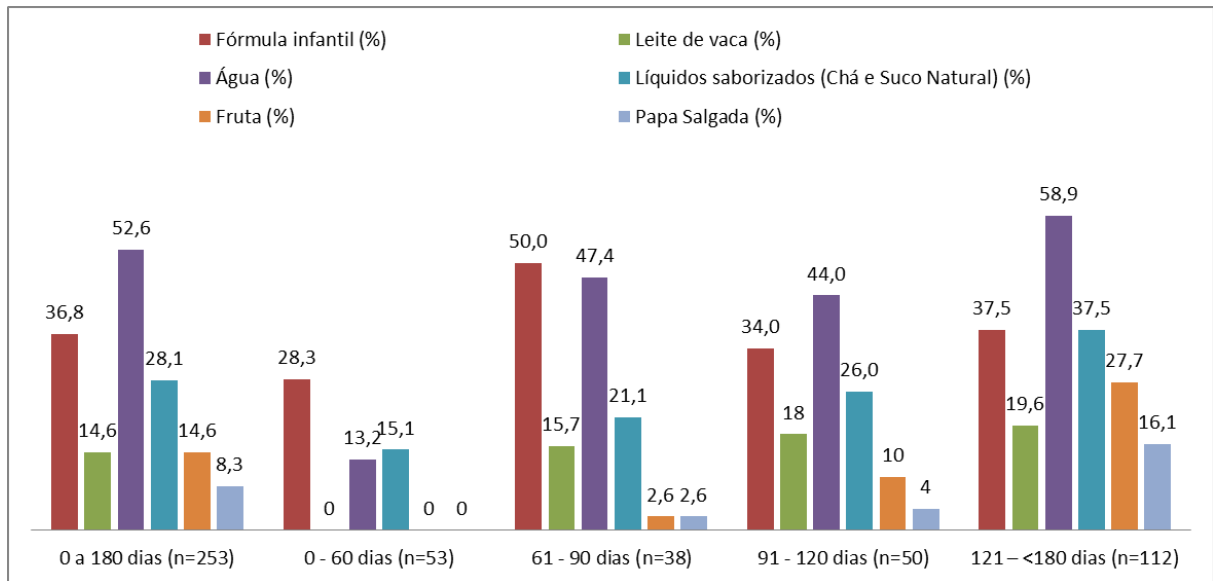
<sup>b</sup> Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença maternidade.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

### 6.3 A alimentação infantil em crianças menores de 6 meses

O consumo de leite não materno, líquidos e outros alimentos em crianças menores de 6 meses é apresentado no Gráfico 1. Identificou-se que fórmula infantil, água e líquidos saborizados, como chá e suco natural haviam sido consumidos desde os primeiros dias de vida. Verificou-se que 52,6% do total de lactentes haviam recebido água no dia anterior à entrevista. Observou-se que o consumo de fruta e papa salgada iniciou após 60 dias, aumentando nas faixas etárias seguintes.

**Gráfico 1 - Distribuição do consumo de líquidos e alimentos em lactentes menores de 6 meses por faixa etária. Jacareí, São Paulo, 2019.**



Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 5 apresenta as características do consumo alimentar em relação à escolaridade materna, recebimento de orientações alimentares e situação materna de trabalho em lactentes menores seis meses. A introdução de fórmula infantil e fruta foram mais prevalentes em mães com maior escolaridade. De maneira geral, foram encontradas maiores prevalências de introdução precoce de alimentos entre as mães que trabalham fora do lar.

**Tabela 5 – Associação entre consumo alimentar com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar e situação materna de trabalho em lactentes menores de 6 meses (n=253) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Leite materno		Leite de vaca		Fórmula infantil		Água		Chá		Suco de fruta		Papa Salgada		Fruta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade materna (n=219<sup>a</sup>)</b>																
≤ Ensino fundamental (n=42)	36	85,7	04	9,5	13	31,0	19	45,2	01	2,4	04	9,5	02	4,8	5	11,9
≥ Ensino médio (n= 177)	147	83,1	27	15,3	62	35,0	75	42,9	32	18,3	21	11,9	14	7,9	25	14,3
<i>Valor de p</i>	0,819		*		0,719		0,863		*		*		*		0,807	
<b>Orientação alimentar (n=253)</b>																
Na UBS (n=36)	30	83,3	04	11,1	10	27,8	17	47,2	9	25,7	6	17,1	6	16,7	7	19,4
Outros locais (n=74)	61	82,4	12	16,2	26	35,1	28	38,4	10	13,5	10	13,7	5	6,8	10	13,7
Não recebeu (n=143)	116	81,1	21	14,7	57	39,9	68	47,9	21	14,9	15	10,5	10	7,0	20	14,1
<i>Valor de p</i>	0,974		*		0,409		0,402		0,249		0,487		0,167		0,678	
<b>Situação materna de trabalho (n=252)</b>																
Trabalha fora (n=52)	39	75,0	8	15,4	23	44,2	27	52,9	12	24,0	8	15,4	5	9,6	9	17,3
Não trabalha fora <sup>b</sup> (n= 200)	167	83,5	29	14,5	70	35,0	86	43,2	28	14,1	23	11,6	16	8,0	28	14,1
<i>Valor de p</i>	0,163		0,829		0,259		0,270		0,129		0,480		0,778		0,661	

<sup>a</sup> Foram excluídos entrevistados que estavam fora público de interesse – mães dos lactentes.

<sup>b</sup> Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença maternidade.

\* O número de casos não permitiu a realização dos testes de associação.

Observação: todas as variáveis relacionadas ao acesso à creche foram excluídas, pois o número de casos não permitiu a realização de testes de associação do qui-quadrado.

#### 6.4 A alimentação infantil em crianças entre 6 e 12 meses

A Tabela 6 apresenta os dados sobre o consumo de outros leites que não materno em lactentes entre 6 e 12 meses. Verificou-se que 55,1% estavam em AM, 41,1% consumiram leite de vaca no dia anterior, enquanto o consumo de fórmula infantil foi referido por 39,7% dos entrevistados.

**Tabela 6 – Caracterização do consumo de leite de lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Tipos de leite</b>	<b>N</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Leite Materno	158	55,1 (49,1 – 60,9)
Fórmula infantil	114	39,7 (34,0 – 45,6)
Leite de Vaca	118	41,1 (35,4 – 47,0)
Leite de cabra	2	0,7 (0,08 – 2,5)

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 7 apresenta os indicadores propostos pelo MS para verificação da alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses de idade. Identificou-se que 29,6% das crianças entre 6 e 8 meses tiveram introdução alimentar adequada. Em relação à diversidade alimentar 43,0% dos lactentes estavam com a alimentação adequada. Quanto à frequência alimentar mínima somada à consistência dos alimentos ofertados, verificou-se que 68,6% das crianças estavam adequadas. Em relação ao consumo de alimentos ricos em ferro amarelo alaranjados, 91,6% das crianças haviam consumido pelo menos um dos alimentos fontes de ferro investigado e 70,2% consumiram pelo menos um alimento amarelo-alaranjados ou folhosos verde-escuros no dia anterior à entrevista.

**Tabela 7 – Distribuição de crianças de 6 e 12 meses com alimentação complementar adequada, segundo os indicadores propostos pelo Ministério da Saúde por faixa etária no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Indicador por faixa etária</b>	<b>n</b>	<b>% (IC 95%)</b>
<b>Introdução alimentar adequada</b>		
6 a 9 meses (n=125)	37	29,6 (21,8 – 38,4)
6 a 7 meses (n= 33)	8	24,2 (11,1 – 42,3)
7 a 9 meses (n=91)	28	30,7 (21,3 – 40,9)
<b>Diversidade alimentar adequada</b>		
6 a 12 meses (n=286)	123	43,0 (37,1 – 48,8)
<b>Frequência alimentar mínima e consistência adequada</b>		
6 a 12 meses (n=287)	197	68,6 (62,9 – 74,0)
6 a 7 meses (n=33)	21	63,6 (45,1 – 79,6)
7 a 8 meses (n=254)	176	69,3 (63,2 – 74,9)
<b>Consumo de feijão ou fígado e miúdos ou carne ou ovo</b>		
6 a 12 meses (n=287)	263	91,6 (87,8 – 94,6)
<b>Consumo de alimentos amarelo-alaranjados ou folhosos verde-escuros</b>		
6 a 12 meses (n=287)	198	70,2 (63,4 – 74,6)

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 8 apresenta o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) em crianças entre 6 e 12 meses. Verificou-se que 57,1% dos entrevistados consumiram pelo menos um dos AUP investigados no dia anterior à entrevista. Ao estratificar os diferentes tipos de UAP investigados identificou-se que o consumo de bebidas adoçadas foi referido por 42,5% da amostra.

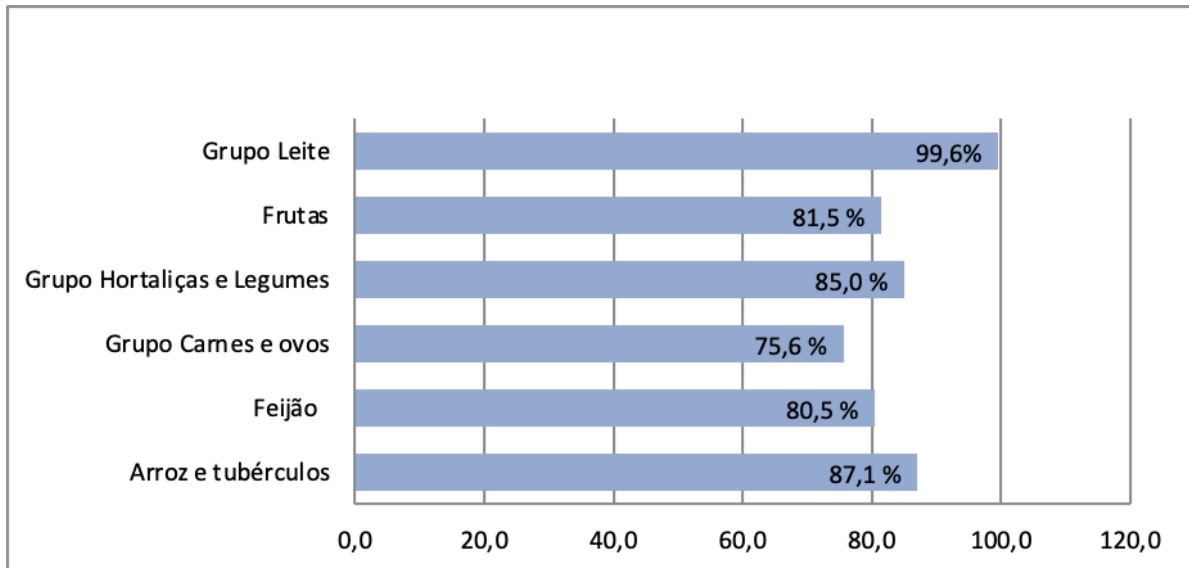
**Tabela 8 – Distribuição do consumo de alimentos ultraprocessados (n=287) em crianças entre 6 e 12 meses no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Consumo de alimentos ultraprocessados (n=287)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
Hambúrguer ou embutidos	33	11,5	8,0 – 15,8
Bebidas adoçadas ultraprocessadas	60	20,9	16,4 – 26,1
Bebidas <i>in natura</i> adoçadas	81	28,2	23,1 – 33,8
Bebidas adoçadas (AUP ou <i>in natura</i> )	122	42,5	36,7 – 48,4
Macarrão instantâneo ou salgadinho ou biscoito salgado	57	19,9	15,4 – 24,9
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	52	18,1	13,8 – 23,1
Consumiu pelo menos um dos alimentos ultraprocessados	164	57,1	51,2 – 62,9

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A distribuição do consumo entre os grupos de alimentares consumidos no dia anterior à entrevista em lactentes entre 6 e 12 meses é apresentada no Gráfico 2. Os alimentos consumidos em maior proporção pertenciam ao grupo leite (99,6%), seguido por alimentos do grupo do arroz e tubérculos (87,1%) e grupo das hortaliças e legumes (86,0 %).

**Gráfico 2 - Distribuição de alimentos consumidos no dia anterior à entrevista por crianças entre 6 e 12 meses (n=287) segundo grupos alimentares. Jacareí, São Paulo, 2019.**



Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 9 mostra as características do consumo de leite materno, fórmula infantil e leite de vaca em relação à escolaridade materna, recebimento de orientações alimentares, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes de 6 a 12 meses de idade. Verificou-se que houve associação significativa entre o maior consumo de fórmula infantil com maior escolaridade materna ( $p=0,017$ ), ter recebido orientação alimentar em outro local que não seja na UBS ( $p=0,007$ ) e com o trabalho materno fora do lar ( $p=0,043$ ). Houve associação significativa entre o maior consumo de leite de vaca e ter recebido orientações alimentares na UBS. Frequentar a creche apresentou associação significativa com o maior consumo de outros leites fora o leite materno.

**Tabela 9 – Associação entre consumo de leite com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Leite materno		Outro leite não materno <sup>c</sup>		Leite de Vaca		Fórmula infantil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade materna (n=232<sup>a</sup>)</b>								
≤ Ensino fundamental (n=37)	23	62,2	21	56,8	17	81,0	6	28,6
≥ Ensino médio (n=195)	118	60,5	131	67,5	77	58,8	76	58,0
<i>Valor de p</i>	<i>1,000</i>		<i>0,256</i>		<i>0,057</i>		<i>0,017</i>	
<b>Orientação alimentar (n=287)</b>								
Na UBS (n=58)	33	56,9	43	75,4	29	67,4	18	41,9
Outros locais (n=62)	30	48,4	47	75,8	20	42,6	35	74,5
Não recebeu (n=167)	95	57,2	108	65,1	69	63,9	61	56,5
<i>Valor de p</i>	<i>0,470</i>		<i>0,172</i>		<i>0,025</i>		<i>0,007</i>	
<b>Situação materna de trabalho (n=286)</b>								
Trabalha fora (n=89)	30	48,4	41	66,1	25	61,0	28	68,3
Não trabalha fora <sup>b</sup> (n= 197)	89	61,8	106	74,1	54	56,3	52	49,1
<i>Valor de p</i>	<i>0,091</i>		<i>0,244</i>		<i>1,000</i>		<i>0,043</i>	
<b>Acesso à creche (n=287)</b>								
Frequenta creche (n=39)	19	48,7	33	86,8	19	57,6	19	57,6
Não frequenta creche (n=248)	139	56,3	165	66,8	99	60,0	95	57,6
<i>Valor de p</i>	<i>0,392</i>		<i>0,013</i>		<i>0,847</i>		<i>1,000</i>	

<sup>a</sup>Foram excluídos da amostra entrevistados fora do público de interesse – mãe de lactentes da amostra.

<sup>b</sup> Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença maternidade.

<sup>c</sup> A variável “Outro leite não materno” refere-se aos responsáveis que responderam que a criança consumiu outro leite além do leite materno podendo ser leite de vaca e/ou fórmula infantil no dia anterior.

Fonte: elaboração própria, 2020.

A Tabela 10 apresenta dados da associação entre o consumo de alimentos in natura e minimamente processados com a escolaridade materna, o recebimento de orientações alimentares, a situação materna de trabalho e o acesso à creche. Houve associação estatística entre a maior prevalência de consumo dos grupos das frutas ( $p=0,003$ ) e das hortaliças ( $p=0,001$ ) com a maior escolaridade materna

A Tabela 11 apresenta os resultados da associação entre o consumo de UAP com a escolaridade materna, o recebimento de orientações alimentares, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses. Verificou-se que houve associação significativa entre o maior consumo de bebidas ultraprocessadas adoçadas ( $p=0,001$ ) e biscoitos e doces ( $p=0,003$ ) e escolaridade materna equivalente ou inferior ao ensino fundamental completo. Houve associação entre ao consumo de embutidos ( $p=0,005$ ) e o trabalho materno fora do lar.

Os dados de associação entre os indicadores da AC adequada com a escolaridade materna, recebimento de orientações alimentares, situação materna de trabalho e o acesso à creche entre lactentes entre 6 e 12 meses estão representados na Tabela 12. Verificou-se que houve associação estatística entre a maior escolaridade materna e o maior consumo de alimentos amarelo-alaranjados ( $p=0,003$ ). A maior proporção de adequação da frequência e consistência da papa salgada apresentou associação estatística significativa com àquelas crianças que frequentam a creche.



**Tabela 10 – Associação do consumo alimentar com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Papa Salgada		Feijão		Arroz e tubérculos		Fruta		Grupo leite		Grupo hortaliças		Grupo carnes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade materna (n=232<sup>a</sup>)</b>														
≤ Ensino fundamental (n=37)	35	94,6	33	89,2	32	86,5	24	64,9	37	100,0	24	64,9	26	70,3
≥ Ensino médio (n=195)	184	94,4	156	80,0	170	87,2	168	86,6	194	99,5	173	88,7	153	78,5
<i>Valor de p</i>	<i>1,000</i>		<i>0,250</i>		<i>1,000</i>		<i>0,003</i>		<i>1,000</i>		<i>0,001</i>		<i>0,289</i>	
<b>Orientação alimentar (n=287)</b>														
Na UBS (n=58)	54	93,1	47	81	52	89,7	48	82,8	58	100,0	48	82,8	50	86,2
Outros locais (n=62)	60	96,8	46	75,4	54	87,1	54	87,1	61	98,4	54	87,1	46	74,2
Não recebeu (n=167)	155	93,4	138	82,6	144	86,2	132	79,5	167	100,0	142	85,0	121	72,5
<i>Valor de p</i>	<i>0,658</i>		<i>0,468</i>		<i>0,858</i>		<i>0,453</i>		<i>0,418</i>		<i>0,807</i>		<i>0,095</i>	
<b>Situação materna de trabalho (n=286)</b>														
Trabalhando fora (n=89)	58	93,5	47	75,8	54	87,1	46	74,2	37	100,0	10	16,1	15	24,2
Não trabalhando fora <sup>b</sup> (n= 197)	135	93,8	118	81,9	126	86,9	108	75,0	194	99,5	24	16,6	37	25,5
<i>Valor de p</i>	<i>1,000</i>		<i>0,344</i>		<i>1,000</i>		<i>1,000</i>		<i>1,000</i>		<i>1,000</i>		<i>1,000</i>	
<b>Acesso à creche (n=287)</b>														
Frequenta creche (n=39)	39	100,0	35	89,7	35	89,7	46	74,2	39	100,0	03	7,7	5	12,8
Não frequenta creche (n=248)	230	93,1	196	79,4	215	86,7	108	75,0	147	99,6	40	16,1	65	26,2
<i>Valor de p</i>	<i>0,141</i>		<i>0,188</i>		<i>0,798</i>		<i>1,000</i>		<i>1,000</i>		*		<i>0,074</i>	

<sup>a</sup>Foram excluídos da amostra entrevistados fora do público de interesse – mãe de lactentes da amostra.

<sup>b</sup> Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença maternidade.

\* O número de casos não permitiu a realização dos testes de associação qui-quadrado.

Fonte: elaboração própria, 2020

**Tabela 11 – Associação entre consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Consumo de pelo menos um AUP		Bebidas ultraprocessadas adoçadas <sup>c</sup>		Suco natural adoçado		Biscoitos e doces		Embutidos		Macarrão instantâneo ou salgadinho de pacote	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade materna (n=232<sup>a</sup>)</b>												
≤ Ensino fundamental (n=37)	27	73,0	17	45,9	11	29,7	14	37,8	5	13,5	10	27,0
≥ Ensino médio (n=195)	110	56,4	36	18,4	58	29,7	30	15,5	21	10,8	39	20,1
<i>Valor de p</i>	0,069		0,001		1,000		0,003		0,578		0,381	
<b>Orientação alimentar (n=287)</b>												
Na UBS (n=58)	36	62,1	21	7,3	10	3,5	9	3,1	9	3,1	16	5,6
Outros locais (n=62)	35	56,5	26	41,9	19	30,6	8	12,9	7	11,3	10	16,4
Não recebeu (n=167)	9	55,7	75	44,9	52	31,1	35	21,2	17	10,2	31	18,6
<i>Valor de p</i>	0,713		0,504		0,110		0,334		0,525		0,231	
<b>Situação materna de trabalho (n=286)</b>												
Trabalhando fora (n=89)	22	35,5	30	48,4	21	33,9	11	12,3	11	17,7	16	27,0
Não trabalhando fora <sup>b</sup> (n= 197)	64	44,1	84	57,9	44	30,0	27	13,7	7	4,8	39	20,1
<i>Valor de p</i>	0,283		0,225		0,627		1,000		0,005		0,355	
<b>Acesso à creche (n=287)</b>												
Frequenta creche (n=39)	17	43,6	23	59,0	9	23,1	7	17,9	7	17,9	7	17,9
Não frequenta creche (n=248)	106	42,7	142	57,3	72	29,0	45	18,1	26	10,5	50	20,3
<i>Valor de p</i>	1,000		0,864		0,566		1,000		0,180		0,832	

<sup>a</sup>Foram excluídos da amostra entrevistados fora do público de interesse – mãe de lactentes da amostra.

<sup>b</sup> Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença maternidade.

<sup>c</sup> Para a variável “Bebida ultraprocessadas adoçadas” foi considerado o consumo de refrigerante e/ou suco de caixinha e/ou suco em pó e/ou xarope de groselha e/ou água de coco de caixinha.

Fonte: elaboração própria, 2020.

**Tabela 12 – Associação entre os indicadores da alimentação complementar adequada com escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche em lactentes entre 6 e 12 meses no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Introdução alimentar adequada <sup>c</sup>		Diversidade Alimentar		Frequência e consistência adequadas		Alimentos ricos em Ferro		Alimentos amarelo alaranjados	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade materna (n=232<sup>a</sup>)</b>										
≤ Ensino fundamental (n=37)	03	5,4	12	32,4	26	70,3	35	94,6	17	45,9
≥ Ensino médio (n=195)	30	15,4	87	44,6	145	74,4	180	92,3	141	73,4
Valor de p	*		0,272		0,684		1,000		0,003	
<b>Orientação alimentar (n=287)</b>										
Na UBS (n=58)	8	13,8	25	43,1	40	69,0	56	96,6	39	67,2
Outros locais (n=62)	9	12,9	22	35,5	47	75,8	56	90,3	23	37,1
Não recebeu (n=167)	20	12,0	76	45,5	110	65,9	151	90,4	116	69,5
Valor de p	0,426		0,433		0,364		0,339		0,803	
<b>Situação materna de trabalho (n=286)</b>										
Trabalhando fora (n=89)	5	5,6	26	29,2	39	43,8	56	62,9	44	49,4
Não trabalhando fora <sup>b</sup> (n= 197)	22	11,1	64	32,4	98	49,7	133	67,5	97	49,2
Valor de p	0,785		0,762		0,525		0,790		0,507	
<b>Acesso à creche (n=287)</b>										
Frequenta creche (n=39)	6	12,8	16	30,8	33	84,6	38	97,4	25	64,1
Não frequenta creche (n=248)	31	12,5	107	43,1	164	66,1	225	90,7	173	69,8
Valor de p	0,350		1,000		0,025		0,220		0,703	

<sup>a</sup> Foram excluídos da amostra entrevistados fora do público de interesse – mãe de lactentes da amostra.

<sup>b</sup> Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença maternidade.

<sup>c</sup> Foi considerado o número de 125 crianças, de faixa etária entre 6 e 8 meses.

\* O número de casos não permitiu a realização dos testes de associação qui-quadrado.

Fonte: elaboração própria, 2020.

### 6.5 Associação entre hábitos orais e escolaridade materna, o recebimento de orientações alimentares, acesso à creche e condição de trabalho materno

A Tabela 13 apresenta associações entre o uso de chupeta e mamadeira distribuído segundo com escolaridade materna, status materno de trabalho fora do lar, acesso à creche e ter recebido orientações alimentares. Verificou-se que, na amostra estudada, houve relação significativa entre a condição de ir à creche e o uso de mamadeira.

**Tabela 13 – Associação entre o uso de chupeta e mamadeira com escolaridade materna, situação materna de trabalho, acesso à creche e o recebimento de orientação alimentar em lactentes menores de 12 meses no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Chupeta (n=297)			Mamadeira (n=320)		
	n	%	Valor de p	n	%	Valor de p
<b>Escolaridade materna (n=451)</b>			0,535			0,710
<= Ensino fundamental (n=79)	45	57,0		42	53,2	
>= Ensino médio (n=371)	195	57,0		206	55,5	
<b>Situação materna de trabalho (n=458)</b>			0,157			0,062
Trabalha fora do lar (n=114)	69	60,5		76	66,7	
Não trabalha fora do lar (n=344)	182	52,9		194	56,4	
<b>Acesso à creche (n=540)</b>			0,535			<b>0,037</b>
Frequenta creche (n=43)	21	48,8		32	74,4	
Não frequenta creche (n=496)	276	55,6		288	58,1	
<b>Orientação alimentar (n=540)</b>			0,525			0,831
Sim, na UBS (n=94)	50	53,2		56	59,6	
Sim, outros locais (n=136)	80	59,3		83	61,5	
Não recebeu (n= 310)	167	53,9		181	58,4	

Fonte: Elaboração própria, 2020.

### 6.6 Unidades Básicas de Saúde

A partir do relato das supervisoras administrativas locais, a Tabela 14 traz os dados referentes à caracterização das UBS do município de Jacareí. Verificou-se que em 2019 88,9% das 18 UBS atuavam no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF). Das UBS (n=16) que atendiam no modelo ESF 44% tinham de uma a duas equipes de Saúde da Família (eSF). Verificou-se que nas 18 UBS investigadas o quadro de ACS estava completo em saúde em 50,0% das UBS e que todas contavam com suporte de nutricionistas e fonoaudiólogos do NASF-AP.

**Tabela 14 – Caracterização das Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo de atenção à saúde, número de equipes de trabalho e disponibilidade de recursos humanos no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Modelo de Atenção à Saúde</b>		
Modelo UBS tradicional	2	11,1
Estratégia Saúde da Família (ESF)	16	88,9
<b>Número de equipes de ESF (n=16)</b>		
1 a 2 equipes	7	43,8
3 equipes	5	31,3
4 equipes	1	6,3
5 equipes	3	18,8
<b>UBS que relatam contar com RH completo</b>		
Médico generalista	14	77,8
Enfermeiro	14	77,8
Auxiliar/técnico de enfermagem	13	72,2
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	9	50,0
Nutricionista (NASF-AP)	18	100,0
Fonoaudiólogo (NASF-AP)	18	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 15 dispõe os dados relacionados às atividades prestadas para promoção, apoio e manutenção do AM e AC nas UBS. Verificou-se que todas as UBS realizavam pré-natal e cerca de 89,0% com médicos generalistas. Das 18 UBS 77,8% realizavam grupos sobre cuidados na gestação e AM foi apontado como tema abordado no pré-natal em 83,3% dos estabelecimentos de saúde. Em relação à oferta de grupos de orientação para cuidados em puericultura a proporção é menor (61,1%).

**Tabela 15 – Caracterização das atividades voltadas para promoção e manutenção do aleitamento materno e alimentação complementar ofertadas nas UBS no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Tipo da atividade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Atendimento de Pré-natal</b>	18	100,0
Médico ginecologista	3	19,0
Médico generalista	16	89,0
Enfermeiro	18	100,0
<b>Consultas em puericultura regulares</b>	16	89,0
<b>Atividades coletivas para educação em saúde</b>		
Grupos sobre cuidados na gestação	14	77,8
Grupos sobre cuidados em puericultura	11	61,1
Aleitamento materno como tema nos grupos	15	83,3
Alimentação complementar como tema nos grupos	12	66,7
<b>Uso de ferramentas para educação em saúde</b>		
Materiais educativos sobre AM disponíveis	15	83,3
Materiais educativos sobre AC disponíveis	9	50,0

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 16 apresenta os dados das ações voltadas para o pós-parto todas as UBS investigadas realizavam visitas domiciliares (VD) pós-parto, mas apenas 27,8% afirmaram que a visita ocorre antes dos primeiros 07 dias pós-parto. A maioria (66,7%) relatou que a VD pós-parto ocorria entre 07 e 15 dias após o parto. 94,4% das supervisoras relataram que o AM é um tema abordado na VD pós-parto. Em 44,4% das UBS a consulta médica pós-parto acontece entre 07 e em 16,7% a primeira consulta médica pós-parto ultrapassa 30 dias.

**Tabela 16 – Distribuição das atividades voltadas para promoção e manutenção do aleitamento materno e alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde no pós-parto no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Atividade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Visita domiciliar pós-parto</b>	18	100,0
<b>Prazo visita domiciliar pós-parto</b>		
Menos de 07 dias	5	27,8
Entre 07 e 15 dias	12	66,7
Entre 15 e 30 dias	1	5,6
<b>Orientação sobre AM na VD</b>	17	94,4
<b>Prazo consulta médica pós-parto</b>		
Menos de 07 dias	1	5,6
Entre 07 e 15 dias	8	44,4
Entre 15 e 30 dias	6	33,3
Acima de 30 dias.	3	16,7

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 17 apresenta os dados sobre capacitações sobre os temas AM e AC realizados pelas equipes das UBS. Constatou-se que 38,9% das supervisoras relataram que a equipe passou por treinamento sobre alimentação infantil nos últimos 12 meses. Entretanto UBS em 33,3% das entrevistas informaram que a equipe nunca havia sido capacitada. A equipe do NASF-AP foi apontada por 54,5% das supervisoras como promotor da capacitação.

**Tabela 17 – Distribuição das informações sobre capacitações realizadas pelas equipes voltadas para aleitamento materno e alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Atividade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de realização da última capacitação sobre alimentação infantil</b>		
Nunca foi realizada	6	33,3
Menos de 30 dias	3	16,7
> 30 dias e < 6 meses	2	11,1
> 6 meses e < 12 meses	2	11,1
> 12 meses	5	27,8
<b>Facilitador da capacitação</b>		
A própria equipe	2	18,2
Núcleo Ampliado de Saúde da Família	6	54,5
Consultor externo	3	27,3

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A Tabela 18 apresenta dados sobre a disponibilidade de fluxos e protocolos para o acompanhamento e cuidados sobre alimentação para os primeiros 12 meses de idade da criança. Sobre AC a proporção de UBS que tem protocolo é menor (16,7%).

**Tabela 18 – Distribuição quanto aos protocolos sobre aleitamento materno e alimentação complementar em Unidades Básicas Saúde no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

<b>Atividade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em amamentação	5	27,8
Tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em alimentação complementar	3	16,7
Protocolo para coleta de dados sobre aleitamento materno na rotina da UBS	3	16,7
Protocolo para coleta de dados sobre Alimentação complementar na rotina da UBS	2	11,1
Realização coleta e análise de dados antropométricos crianças menores de 12 meses	17	94,4

Fonte: Elaboração própria, 2020.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 O aleitamento materno no município de Jacaré

A prevalência estimada de AME no presente estudo foi de 34,4% em menores de seis meses, indicando menor tendência à prática no município de Jacaré do que a tendência nacional de aumento, considerando os resultados preliminares do Estudo Nacional de Nutrição e Alimentação Infantil (ENANI-2019) que apontou prevalência AME de 45%. Entretanto no âmbito municipal, o resultado do presente estudo foi superior aos dados encontrados por Souza et al. (2020) em avaliação da alimentação infantil em uma cidade mineira acompanhada pela ESF.

Verificou-se que tanto o AME quanto o AM tendem a diminuir com o aumento da idade, como encontrado por Passanha *et al.* (2013) e Passanha *et al.* (2020), ambos estudos realizados em crianças paulistas. Estudos de revisão sistemática realizados por Silva *et al.* (2016) e Alvarenga *et al.* (2017) identificaram que a orientação educativa parece ter efeito positivo sobre a manutenção do AME. Contudo, no presente estudo não foi encontrada associação significativa entre ter recebido orientação sobre alimentação infantil e o local da orientação com maior prevalência de AM em menores de seis meses.

Houve associação significativa entre menor proporção de lactentes em AME e uso de chupeta, corroborando a revisão sistemática realizada por Buccini *et al.* (2017), a qual apontou que há forte associação entre o uso da chupeta e a interrupção do AME, embora sem identificar o componente de causa ou consequência. Ainda segundo Buccini *et al.* (2019) e Sampaio *et al.* (2020) a escolha pelo uso de chupetas está ligada a fatores culturais, que podem ser passíveis de modificação por meio de ações educativas.

Quanto à prevalência da prática do AM em menores de doze meses, o resultado de 67,6% apontou tendência aproximada aos resultados no âmbito nacional realizado por Flores *et al.* (2017). E o resultado obtido de 55,1% referente ao AMC, se assemelha aos resultados de Passanha *et al.* (2020), que em um estudo realizado com crianças paulistas encontrou propensão semelhante à manutenção da prática em lactentes entre seis e doze meses.

Os resultados obtidos referentes ao AM no presente estudo podem sugerir impactos negativos para as condições de saúde da população de todas as faixas etárias do município,



uma vez que, segundo Victora et al. (2016), o AM tem efeitos positivos para as crianças em curto, médio e longo prazo, pode contribuir para a saúde no âmbito individual e coletivamente reduzir a desigualdade social.

## 7.2 Introdução de alimentos em lactentes menores de seis meses

A introdução de água, líquidos saborizados (leite não materno, suco e chá) e alimentos antes dos seis meses de idade do lactente é considerada uma prática precoce e não recomendada pelo MS (2019). Crianças nessa faixa etária não possuem maturidade fisiológica para o completo processo de digestão e, segundo a OMS (2007) leva a prejuízos no processo de desenvolvimento físico e nutricional adequados, exposição a contaminantes ocasionados por preparo e/ou acondicionamento inadequados e aumento do risco para desenvolvimento de alergias.

Embora a introdução precoce de líquidos e alimentos desde os primeiros dias após o nascimento do lactente seja inadequada, o resultado encontrado de introdução alimentar antes dos seis meses de idade da criança (65,6%) esteve alinhado ao resultado encontrado por Flores *et al.* (2017) (70%). Ao estratificar os alimentos ofertados, a prevalência do consumo de água (52,6%) e líquidos (28,1%), apresentaram tendência maior ao consumo do que os resultados obtidos por Coelho *et al.* (2015) em uma cidade da região da Grande São Paulo. Em relação ao consumo de frutas e papa salgada, as prevalências encontradas neste estudo tendem a serem menores do que os resultados encontrados por Schincaglia *et al.* (2015) em uma região da cidade de Goiânia e por Lopes *et al.* (2020) em uma cidade mineira.

Dentre os leites não materno investigados, fórmula infantil foi ofertada desde os primeiros dias após nascimento e apresentou maior frequência de oferta aos lactentes menores de seis meses. Este perfil de consumo entre os tipos de leite não maternos também foi identificado por Coelho *et al.* (2015) em um município da Grande São Paulo. Entretanto, a tendência nacional mostrou-se diferente, segundo Bortolini *et al.* (2013) foi identificada maior proporção de lactentes na mesma faixa etária que recebiam leite de vaca dentre os leites não maternos oferecidos.

Não foi encontrada associação significativa entre o perfil alimentar de lactentes menores de seis meses e o cuidador ter recebido orientações alimentares nos locais investigados. Este achado pode estar relacionado ao perfil de trabalho das equipes de saúde e

reforça a importância do investimento em ações multifacetadas desde o pré-natal e garantia da sua continuidade no pós-parto, conforme apontado na revisão rápida realizada por Venancio *et al.* (2020), de forma a apresentar impactos positivos na alimentação infantil mesmo diante da influência dos aspectos culturais e familiares diante das orientações fornecidas sobre AM e da alimentação infantil discutidas por Frota *et al.* (2009).

Não foram identificadas associações significativas entre a prática alimentar em lactentes menores de seis meses e a condição de trabalho materno. Tais resultados diferem dos achados apontados na revisão sistemática realizada por Pivetta *et al.* (2018) que identificaram que mães que trabalham fora do lar têm maior chance de interrupção do AM. No estudo de Relvas *et al.* (2019) identificou-se que mães que se dedicam meio período aos filhos têm 70% mais chances de interromper o AM do que àquelas que se dedicam em período integral.

### **7.3 Introdução de alimentos em lactentes entre 6 e 12 meses**

Após o sexto mês de idade da criança o leite de vaca passou a ser o leite não materno ofertado em maior proporção, convergindo com a prática alimentar nos primeiros anos de vida identificada por Bortolini *et al.* (2013) em um estudo nacional.

Fatores diretamente ligados à mãe apontaram que houve associação significativa entre maior proporção do consumo de fórmula infantil com maior escolaridade materna e dentre aquelas mães que trabalham fora do lar. Carrascoza *et al.* (2011), apontaram a possibilidade de que mães com maior escolaridade podem ter maior renda e acesso a leites não maternos de maior custo.

Houve associação significativa entre o local que o cuidador recebeu orientações alimentares e o tipo de leite não materno ofertado, verificou-se que receber orientações fora da UBS foi associada ao maior consumo de fórmula infantil, enquanto receber orientações alimentares na UBS foi associada ao maior consumo de leite de vaca. Tal achado não esperado, pode-se relacionar à condição social das famílias, mas é um alerta importante e evidencia que há necessidade de se investigar os impactos da operacionalização do Programa de suplementação alimentar “Viva Leite”, que conta com a distribuição de leite de vaca fluido nas UBS. Não foram encontrados artigos que avaliassem os impactos do programa de suplementação no AM.

O Programa “Viva Leite” é um programa social que desde a sua concepção é operacionalizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Augusto e Souza (2010) ao avaliarem o ganho de peso ponderal a partir de dados secundários entre os anos 2003 e 2008 identificaram que o público atendido pelo programa apresentava maiores médias de escore-z de peso para idade (P/I) e segundo Escaldelai *et al.* (2018) ao analisarem os mesmos dados, com recorte para crianças com resultado de P/I próximo ao limite superior de adequação, identificaram que a não amamentação aos seis meses foi associada positivamente ao excesso de peso.

Diante da associação positiva encontrada no presente estudo entre o consumo de leite de vaca e o recebimento de orientações alimentares na UBS não se pode deixar de trazer à luz da discussão sobre os efeitos da distribuição do leite nas UBS como agente de desestímulo ao AMC ou até mesmo tornar as ações de promoção do AM e da AC adequada menos efetivas na APS.

O MS estimula que as UBS sejam equipamentos responsáveis pela implementação da EAAB no âmbito municipal, e em resposta à distribuição de leites e fórmulas infantis em equipamentos de saúde, o MS no ano de 2014 emitiu uma nota técnica em que condena a promoção, a doação de suprimentos, gratuitos ou subsidiados, de substitutos do leite materno ou outros produtos, em qualquer parte do sistema de saúde sem prescrição realizada por profissional médico ou nutricionista, de forma individualizada e criteriosa (MS, 2014a).

A introdução alimentar adequada, segundo as recomendações do MS (2019), deve ocorrer de maneira gradativa, atentando para garantir a oferta de grupos alimentares entre seis e oito meses de idade. No Brasil, ainda existem poucos estudos que avaliaram indicadores da AC na forma proposta pelo MS, o que dificulta a comparação entre os resultados encontrados. Diferentemente do indicador “introdução da alimentação complementar” proposto pela OMS (2007) que avalia a proporção de crianças entre seis e oito meses que consumiram alimentos na consistência sólida, semissólida ou macia e desconsidera o tipo de alimento a ser indicado como adequado, o indicador brasileiro define que se deve considerar o binômio, consumo de grupos alimentares específicos e idade oportuna.

Verificou-se, por meio do indicador proposto pelo MS (2015) que a adequação de introdução alimentar encontrada foi de aproximadamente um terço das crianças na faixa etária investigada e a adequação foi menor quanto menor era a idade do lactente. Apesar do período avaliado ser um momento de transição que implica em um grande número de mudanças na

rotina do lactente e da família, o resultados obtido no presente estudo mostrou-se diferente do estudo realizado por Passanha *et al.* (2020) com lactentes paulistas que utilizou o mesmo indicador e mesma faixa etária identificou maior adequação de aproximadamente 70% na introdução alimentar das crianças avaliadas.

#### **7.4 Diversidade de grupos alimentares**

A diversidade alimentar mínima utilizada no presente estudo considerou o consumo no dia anterior de pelo menos um alimento de cada grupo de seis grupos alimentares diferentes sendo eles: leite e substitutos; frutas; legumes ou verduras; carnes ou ovos, feijões e cereais ou tubérculos.

Devido às diferentes definições utilizadas acerca da diversidade alimentar, incluindo o parâmetro da OMS (2007), que difere do proposto pelo MS (2015), a baixa comparabilidade com outros autores mostrou-se como um desafio frente à diversidade de resultados encontrados.

A prevalência de 42,9% de adequação de diversidade mínima encontrada, mesmo aquém do resultado esperado, é maior do que a proporção de 37,1% identificada em lactentes de uma cidade da região metropolitana de São Paulo por Relvas *et al.* (2019) e que utilizou definição equivalente de diversidade alimentar. Mesmo em estudos que consideraram um menor espectro de grupos alimentares, como o estudo realizado por Passanha *et al.* (2020) no Estado de São Paulo e Bortolini *et al.* (2015) na avaliação de dados nacionais, que consideraram consumo mínimo de quatro grupos alimentares, a tendência à adequação destes estudos foi igual ou menor que um terço da população estudada.

#### **7.5 Os grupos alimentares**

No geral, com exceção do consumo do grupo das carnes, com prevalência de 75,6%, a proporção de consumo dos alimentos de todos os outros cinco grupos alimentares manteve-se acima dos 80%. Excepcionalmente aos demais grupos, o menor consumo de carnes corrobora com o resultado encontrado por Passanha *et al.* (2020), em lactentes paulistas, e por Leão *et al.* (2018), com lactentes em Montes Claros-MG. Segundo Mello *et al.* (2016), o menor consumo de carnes pode ser justificado pela dificuldade de aceitação em relação à sua consistência ou ainda pelo custo do alimento.

A Pesquisa de Orçamento Familiar (2017-2018) (POF) apresentada pelo IBGE (2020) apresentou resultados relacionados à população geral, que apontaram a redução considerável nas quantidades de arroz e feijão adquiridas para o consumo domiciliar, quando comparados ao mesmo estudo realizado anteriormente. Apesar da tendência nacional, o resultado obtido no presente estudo em relação ao consumo de arroz e feijão nas crianças avaliadas permaneceu elevado, 87,1% e 80,5%, respectivamente que pode revelar-se como hábito alimentar local.

O presente estudo apresentou importantes proporções referentes ao consumo de frutas (81,5%) e hortaliças (85,0%) entre crianças de seis e doze meses. A tendência ao consumo foi maior do que os resultados encontrados na II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (2009), que encontraram 74,5% e 76,6% no Brasil, e 77,5% e 84,6% na região sudeste, respectivamente.

Houve associação significativa entre o maior consumo de frutas e hortaliças e maior escolaridade materna, os resultados corroboram com os achados de Alves *et al.* (2013) sobre dados nacionais em 2006 e com os achados de Santos *et al.* (2017) que apontaram maior consumo de alimentos in natura em famílias com maior renda. Entretanto, Souza *et al.* (2020), que avaliaram o consumo alimentar em crianças menores de 24 meses acompanhados pela eSF em uma cidade mineira apontaram que famílias com menor extrato de renda, consomem maior proporção de alimentos in natura. O autor atribuiu esse resultado à influência do hábito familiar no consumo alimentar das crianças.

O contexto familiar tem papel importante na formação dos hábitos alimentares das crianças e é um ambiente rico e propício para a promoção de saúde e alimentação adequada, segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras (2019). A APS, segundo Starfield (2002), tem como atributo de trabalho, a orientação familiar. Desta forma, o fortalecimento da APS no contexto de ações voltadas para a promoção do AM e da alimentação saudável, se mostra como uma estratégia importante a ser adotada.

A investigação de consumo de alimentos ricos em ferro e ricos em carotenoides na primeira infância é importante, pois sugere a prática alimentar inadequada que pode contribuir para a anemia ferropriva segundo Bortolini e Vítolo (2010) e hipovitaminose A. A deficiência destes nutrientes é evitável e apresenta impactos negativos importantes no crescimento desenvolvimento das crianças. Embora segundo Fernandes *et al.* (2005), sejam necessários

exames complementares à investigação alimentar para diagnóstico das deficiências de ferro e vitamina A, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) pode subsidiar o planejamento de ações em saúde pública como a suplementação e a educação nutricional na APS conforme discutido por Bortolini *et al.* (2020). Identificou-se a alta prevalência do consumo de alimentos ricos em ferro (91,6%) e ricos em carotenoides (70,2%) o que pode ser considerado como uma prática positiva diante da relevância para a manutenção do estado nutricional adequado.

### **7.6 A frequência mínima e consistência adequada de refeições**

O indicador “frequência mínima e consistência adequada”, recomendado pelo MS (2015), difere do recomendado pela OMS (2007) referente à frequência e considera o consumo de qualquer alimento sólido, semissólido ou macio, de duas a quatro vezes ao dia a depender da idade enquanto o indicador brasileiro avalia de maneira combinada a papa salgada, em diferentes consistências e frequência oferecida, estratificada segundo a adequação por faixa etária, sendo assim pode ser considerado mais específico. A investigação desse indicador é importante, pois pode identificar tanto o desenvolvimento mastigatório quanto a concentração de energia e nutrientes ofertada, seja pela consistência, seja pela frequência, segundo o MS (2019).

O resultado encontrado de 68,6% de adequação em crianças entre seis e doze meses apresentou tendência semelhante aos demais municípios do Estado de São Paulo investigados por Passanha *et al.* (2020). Em um estudo realizado por Saldiva *et al.* (2007) com crianças na mesma faixa etária no Estado de São Paulo verificaram menor probabilidade da adequação da consistência da papa salgada, quanto mais próximo ao seis meses de idade.

Segundo Mameli *et al.* (2016), a alimentação inadequada nos primeiros mil dias das crianças impacta negativamente de forma aguda nas condições de saúde podendo influenciar no adequado desenvolvimento infantil estendendo os efeitos da nutrição e desenvolvimento insuficientes por toda a vida. Segundo Bortolini *et al.* (2015) a prática alimentar é fortemente influenciada pela cultura familiar, sendo esta modificável. Diante disso, o perfil alimentar para crianças entre seis e doze meses apontado no presente estudo sugere a necessidade de fortalecimento de ações nos equipamentos de saúde e ampliação da rede de cuidados voltada para a promoção do AM e de atenção em puericultura visando o prolongamento do AM e da introdução alimentar adequada e oportuna.

## 7.7 Consumo de alimentos ultraprocessados (AUP)

Constatou-se que mais da metade (57,1%) das crianças entre seis e doze meses havia consumido precocemente pelo menos um dos alimentos ultraprocessados investigados. O resultado mostrou uma tendência menor de consumo do que a prevalência encontrada por Passanha *et al.* (2020) que foi de 79%, onde avaliaram lactentes do Estado de SP em 2008, o que pode levantar a hipótese de diminuição do consumo ao longo do tempo. Contudo, Relvas *et al.* (2019) encontraram menor prevalência (43,1%) em lactentes da mesma faixa etária em uma cidade da região metropolitana de São Paulo.

O consumo de AUP é inadequado e preocupante, particularmente na fase da introdução alimentar. De acordo Mamei *et al.* (2016), o período dos primeiros mil dias, que compreende desde a concepção até o final dos dois anos de idade da criança, parece ser o período mais sensível aos principais fatores metabólicos e nutricionais ligados ao maior risco à obesidade. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2015) o aumento nas vendas e no consumo de alimentos ultraprocessados tem sido associado ao aumento da obesidade.

Ainda que preocupante a proporção de 20,9% encontrada quanto ao consumo de bebidas adoçadas ultraprocessadas, que incluem refrigerantes, sucos em caixinhas e suco artificial em pó foi menos consumida do que o resultado de 32,3% encontrado por Passanha *et al.* (2020) em crianças de seis a doze meses. Segundo Jaime *et al.* (2017) o hábito familiar de consumo regular de bebidas açucaradas por adultos tem forte associação com o consumo por crianças.

A menor escolaridade materna teve associação à maior oferta de bebidas ultraprocessadas adoçadas, biscoitos e doces. A relação entre a menor escolaridade materna e o maior consumo de AUP também foi relatado por Saldiva *et al.* (2014) em análise de pesquisa de âmbito nacional e também, por Relvas *et al.* (2018) em estudo com crianças na região metropolitana de SP. Coelho *et al.* (2015) correlacionaram a melhor condição social ao maior acesso a alimentos in natura e minimamente processados, que possuem maior custo e menor durabilidade. Contudo, o consumo de AUP foi amplamente consumido independentemente da escolaridade materna. O resultado dialoga com o estudo de análise da tendência temporal do consumo alimentar em domicílios brasileiros entre os anos de 1987 e 2009 realizado por Martins *et al.* (2013) que apontou para o maior consumo de AUP por

todos os extratos de renda, embora tenha apresentado tendência a ser maior entre os domicílios de menor renda.

Foram encontradas associações significativas entre a condição materna de trabalho fora do lar e o consumo de embutidos. Não foram encontrados relatos sobre tal achado na literatura, embora mães que trabalham fora podem se basear na ideia de que seria necessário disponibilizar maior tempo diário para preparações culinárias, podendo assim, dar preferência à preparações prontas e ultraprocessadas como discutida no Guia Alimentar para a População Brasileira (2014).

De maneira geral, foram encontradas proporções de consumo de AUP em mais da metade das crianças, independente do cuidador ter recebido orientação alimentar ou não e independente do tipo do estabelecimento promotor da orientação alimentar. Guiesta *et al.* (2019) avaliaram a associação entre fatores maternos e o consumo de AUP em crianças com idade entre seis meses e dois anos e também encontraram altas prevalências de consumo de AUP mesmo após as mães terem recebido orientações sobre AM e AC e correlacionaram este achado ao desconhecimento dos profissionais sobre o tema, fragilidade na transmissão da informação entre profissionais de saúde e usuários e também discordância entre as crenças materna e as orientações dietéticas oferecidas.

A prática de consumo de alimentos ultraprocessados, com alto teor de açúcar, gordura, sódio e aditivos tem impacto na inadequação da ingesta de micronutrientes, aumento do risco para excesso de peso e doenças crônicas de acordo com Louzada *et al.* (2015). Além disso, segundo Vítolo *et al.* (2014b), a exposição a alimentos não saudáveis na primeira infância pode moldar os hábitos alimentares ao longo da vida. Desta forma, a alta proporção de consumo de AUP encontrada indicou que a necessidade de intervenções não se resume apenas às crianças, mas de toda a família uma vez que, segundo Jaime *et al.* (2017), o consumo alimentar infantil reflete o hábito familiar. Outro fator a se considerar são os efeitos negativos nos serviços de saúde, uma vez que, uma população mais adoecida utilizará cada vez mais os serviços de saúde de acordo com Malta *et al.* (2017).

## **7.8 A alimentação infantil, o uso de mamadeira e o acesso às creches**

Devido ao pequeno número de crianças menores de seis meses que frequentava creches e compunha o estudo, as análises de associação não puderam ser incluídas no estudo.



Atribui-se o baixo número de crianças da amostra que acessam creches ao déficit de vagas municipais. Segundo a Secretaria Municipal de Educação, a gestão municipal ampliou o número de vagas com a construção de sete novos equipamentos, entretanto ainda existe baixa cobertura de acesso por parte da população.

Frequentar a creche foi significativamente associado ao maior consumo de outros leites e uso de mamadeira. Barbosa *et al.* (2009) apontaram a preocupação familiar em preparar a criança para ingressar na creche, o que possivelmente pode ser um fator de risco para o desmame precoce e conseqüentemente uso de mamadeira. Diante disto, faz se necessário o investimento em orientações para o preparo das famílias quanto à métodos adequados para manutenção do AM mesmo em crianças que frequentam creches. Os resultados encontrados também sugerem a necessidade de realização de estudos que permitam avaliar práticas realizadas pelas instituições de ensino no município para proteção do AM.

Também se identificou associação significativa entre frequentar creche e maior adequação à frequência e consistência alimentar. Não foram encontrados na literatura dados sobre esse achado, embora Pedraza *et al.* (2015), em uma revisão sistemática, tenham apontado a escassez e limitações de estudos voltados para a investigação do consumo alimentar de crianças em creches além dos possíveis vieses.

## **7.9 Estrutura das Unidades Básicas de Saúde**

A rede de APS no município tem como principal modelo de atenção a ESF. Essa proporção é maior do que a média da região de saúde (42,5%), segundo o Portal de Informação e Gestão da Atenção Básica. Isso pode ser um considerado como um forte potencial de promoção à saúde, que segundo Jaime *et al.* (2011), é um espaço potencialmente apto para fornecer atenção integral aos usuários também no que tange a alimentação e nutrição.

Destacou-se a considerável proporção de UBS que apontaram déficit de pelo menos um profissional que compõe a equipe mínima, principalmente ACS. Este estudo transversal limitou-se a identificar a situação no dia da entrevista, contudo cabe elencar a esse resultado a dificuldade de fixação de profissionais identificada por Malta *et al.* (2016) em um estudo que avaliou a cobertura da ESF segundo a PNS (2013). Positivamente ressalta-se a presença de

profissionais nutricionistas e fonoaudiólogos de apoio em todos os equipamentos de saúde entrevistados.

### **7.10 As ações de promoção e apoio ao AM e AC adequada promovidas pela equipe de saúde**

Verificou-se que atividades educativas formais voltadas para a promoção do AM da alimentação infantil adequada não são realizadas por todas as UBS do município e que a proporção de instâncias que ofertam atividades para gestantes e abordam temas relacionados ao AM é maior do que para cuidados em puericultura e alimentação complementar.

Segundo a revisão sistemática de Silva *et al.* (2016), atividades educativas grupais formais durante a gestação de risco habitual têm impacto positivo quanto ao início adequado e maior duração do AME e de acordo com Pereira *et al.* (2010) grupos educativos e orientações sobre o manejo no pré-natal na APS são positivamente significantes para o início e manutenção da amamentação até os três meses. Desta forma, tais achados refletem importantes pontos de fragilidade do serviço que, por estarem no escopo municipal de resolutividade podem ser reorganizados visando maior duração do AME e AM e implementação de atividades de educação permanente na rotina das equipes podem impactar positivamente na adequação da AC, como os resultados identificados por Relvas *et al.* (2019).

A VD pós-parto é uma estratégia importante para apoio do AME, pois propiciam fortalecimento de vínculo entre equipe de saúde e família e são oportunas para promoção do cuidado do lactente segundo Baratieri e Natal (2019). O MS (2013) recomenda que para uma assistência efetiva à puérpera e ao bebê, deve-se buscar garantir VD na primeira semana pós-parto. No geral foi identificado que todas as UBS realizam VD pós-parto, entretanto a prática mostrou-se frágil, pois menos de um terço das UBS no município referiram realizar VD na primeira semana pós-parto. Considerando a revisão rápida realizada por Venâncio *et al.* (2020) o modelo de VD pós-parto é efetiva quando ocorre entre um e três dias após o parto e é feita manutenção das visitas no primeiro mês. Sendo assim a investigação das causas da menor proporção de VD dentro dos sete primeiros dias pós-parto e posterior adequação se faz necessária.

O número de capacitações realizadas pelas equipes, segundo as supervisoras, pode ser um fator que tem fragilizado a rede de cuidados em AM e AC. Apenas menos da metade

das supervisoras apontaram que foram realizados treinamentos formais sobre AM e alimentação infantil no último ano. E esses treinamentos foram realizados, em sua maioria (54,5%) por profissionais do NASF-AP.

Embora não haja evidências robustas de que apenas capacitações sejam efetivas para promoção de mudanças nas práticas que envolvem o AM e AC de acordo com Venancio *et al.* (2020), investir em capacitações é uma possibilidade de melhorar o desempenho de profissionais na APS segundo Vasques *et al.* (2015). Nesse sentido, considerando a realidade local apresentada referente à proporção de equipes que não receberam capacitações formais sobre alimentação infantil e a alta cobertura de equipes de apoio à APS, a manutenção das equipes NASF-AP pode ser uma estratégia importante para o fortalecimento da rede e melhores indicadores referentes ao AM e AC.

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem possibilidades de intervenção no modo de trabalho das equipes. Segundo os resultados descritos na revisão rápida realizada por Venancio *et al.* (2020), ações combinadas para pré e pós-natal aumentaram as taxas de AM a médio e longo prazo enquanto ações educativas apenas no pré-natal tem efeito na taxa de AM a curto prazo.

### **7.11 Protocolos e monitoramento**

Segundo o MS (2016) protocolos “*tem enfoque clínico e de gestão do cuidado, servindo como subsídios para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB*”, desta forma é alarmante a baixa quantidade de UBS no presente estudo que têm, utilizam e/ou recorrem a protocolos de atendimentos voltados para cuidado integral, para promoção do AM, e a situação é ainda mais alarmante no tocante aos cuidados em puericultura e AC.

Vale ressaltar que não foram encontrados artigos diretamente correlacionando a importância de protocolos e sucesso na alimentação infantil na APS brasileira. Entretanto a ausência de referências pode ser um indicador de baixa intervenção neste ponto.

A VAN pressupõe a coleta e registro sistematizados de dados referentes ao estado nutricional e consumo alimentar da população e visa auxiliar os gestores para adequada

tomada de decisões referente às ações de alimentação, nutrição e promoção da saúde, segundo o MS (2004). De acordo com Jaime *et al.* (2011) o SISVAN é o sistema de monitoramento proposto para registro dos dados antropométricos e de consumo alimentar coletados nos estabelecimentos de saúde no Brasil. Entretanto estudos de avaliação da utilização do SISVAN realizados por Rolim *et al.* (2015), apontam para subutilização do sistema para registro dos dados. Enes *et al.* (2013), em avaliação feita no estado de SP, observaram que mais da metade das regionais de saúde, apresentou cobertura de cadastro populacional entre 5% e 10% da população considerada usuária do SUS.

Embora quase que em sua totalidade as supervisoras entrevistadas tenham afirmado que realizam coleta e análise de dados antropométricos, parece que os dados antropométricos coletados não são registrados nas plataformas adequadas para monitoramento, visto que considerando o número de nascidos vivos de acordo a Vigilância Epidemiológica e os relatórios públicos do SISVAN a cobertura de registros de dados antropométricos para a faixa de zero a dois anos em 2019 foi em torno de 13%. Outro ponto a ser destacado é a realização tanto da coleta de dados quanto às análises de dados. O questionário não permitiu avaliar de forma estratificada as duas etapas e mostrou-se como uma fragilidade do instrumento, fazendo-se necessários estudos complementares.

Quanto aos registros relacionados ao AM e consumo alimentar, o cenário se mostra mais indefinido. O município de Jacareí não utiliza os marcadores de consumo alimentar, propostos pelo MS e menos de um quinto das supervisoras relata ter protocolo para coleta de dados sobre AM e AC, enquanto não há registros no sistema de relatórios públicos do SISVAN referentes ao ano de 2019.

Na análise realizada por Venâncio *et al.* (2007) já havia sido apontado como uma fragilidade o diverso número de sistemas que são implantados pelo MS para registro do mesmo dado. Segundo Vidor *et al.* (2011) e Ferreira *et al.* (2013) ao existir mais de uma plataforma para o registro do mesmo dado, ocorre a priorização de alguns registros em sistemas que se relacionavam com controle orçamentário ou repasses financeiros do nível central. Nascimento *et al.* (2017) apontaram como fragilidades relacionadas aos registros de dados a não apropriação dos instrumentos. Enquanto Enes *et al.* (2013) apontaram o papel executor de ações assistenciais das equipes, desconectadas da importância da informação gerada pelo dado produzido.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de pesquisa realizado permitiu que se pudesse caracterizar o perfil alimentar de crianças menores de dozes meses, compreendendo no âmbito municipal a prevalência do AME, a evolução da introdução alimentar quanto à temporalidade e escolha dos alimentos a serem ofertados ao longo dos meses e influência das características maternas de escolaridade, das características de trabalho materno, do recebimento de orientações sobre as práticas alimentares e uso de bicos artificiais. Também foi possível caracterizar a práticas de trabalho das equipes da APS realizadas no pré-natal, pós-parto no que tange o apoio e promoção do AM e AC adequada e oportuna.

Foi possível identificar que existem importantes desafios locais a serem enfrentados quanto ao início e prolongamento do AME vista à baixa prevalência identificada, à considerável prevalência de introdução alimentar precoce, principalmente de líquidos e também quanto à menor proporção de UBS que realizam VD pós-parto na janela de oportunidade para maior sucesso do AME, em até sete dias.

Acerca da alimentação para lactentes entre seis meses e doze meses identificou-se que a baixa proporção de adequação dos indicadores da alimentação complementar acompanha a tendência nacional, contudo vistas ao decréscimo no percentual de UBS que promovem atividades educativas para cuidados em puericultura quanto comparada em ações educativas no pré-natal, compreendeu-se que é importante fomentar, no âmbito local, a organização do processo de trabalho das equipes voltado para o cuidado em puericultura, em especial para o suporte no período da introdução alimentar, escolha adequada e oportuna dos alimentos que compõem a AC e desestímulo ao uso de bicos artificiais e do consumo de alimentos ultraprocessados.

Além da organização de ações estruturadas voltadas para a família tanto no período do pré-natal quanto no primeiro ano após nascimento constatou-se que, para a promoção efetiva do AM e da AC adequada e oportuna, se faz necessário o investimento em ações multifacetadas no âmbito da gestão municipal que envolvam (i) a capacitação de profissionais de saúde por meio da proposta ministerial da EAAB e/ou valer-se das equipes multiprofissionais de apoio da APS atuantes no município; (ii) a construção de protocolos municipais para estruturação produtiva da coleta de dados antropométricos e alimentares

considerando positivamente a alta cobertura da ESF, a possibilidade de uso do SISVAN e inserção nos protocolos de enfermagem estabelecidos atualmente que preveem consulta de enfermagem no pré-natal e em puericultura; e (iii) o monitoramento dos dados coletados em UBS de maneira articulada com a gestão central do município permitindo assim oportunizar a manutenção ou melhora dos processos a partir dos dados analisados de maneira contínua.

Os dados apresentados demonstram a situação de um único município, o que reduz a generalização dos resultados encontrados. Entretanto tendo em vista a ausência de dados regionais nos últimos anos estes podem ser relevantes e subsidiar políticas públicas locais de cuidado materno-infantil. O método de coleta de dados, por meio de inquérito domiciliar, mostrou-se viável a aplicação, principalmente porque que o município de Jacareí apresenta um considerável percentual de cobertura da ESF e conseqüentemente um grande número de cadastros em prontuário eletrônico de crianças vinculadas às UBS. Tais fatores mostram-se como facilitadores ao desenvolvimento da busca ativa de realização dos inquéritos.

Os resultados devem ser interpretados considerando algumas limitações inerentes à pesquisa. A coleta de dados não permitiu o detalhamento das quantidades, da frequência alimentar e questões relacionadas à rede de apoio que também pode interferir na amamentação. Também situação do entrevistador trabalhar no território da coleta de dados deve ser levada em conta, devido ao fato de que, por se conhecerem, o cuidador pode responder adequadamente o questionário, segundo seu julgamento.

Desta forma, buscou-se minimizar as limitações, investindo: no uso de questionários baseado nas ferramentas propostas pelo MS para coleta de dados da população e na escolha dos entrevistadores de acordo com afinidade ao tema estudado, treinamentos voltados para técnicas de entrevista e utilização para os entrevistadores.

Quanto às associações relacionadas aos fatores de escolaridade e trabalho maternos, de acesso à creche e ao recebimento de orientações alimentares, os resultados apresentados podem nortear os profissionais de saúde em discussões amplas que valorizem o envolvimento de outros setores da municipalidade. Como a Secretaria Municipal de Educação, para a identificação de fragilidades no processo de inserção de lactentes visando a manutenção do AME, do AM; e também a Secretaria da Assistência Social, com vistas à revisão do modelo de operacionalização do Programa Viva Leite adotado pelo município de forma a potencializar as UBS como local promotor do AM.

## 9 REFERÊNCIAS

- Alves MN, Muniz LC, Vieira MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p. 3369-3377, nov/2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001100026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 jul. 2020.
- Augusto RA, Souza JMP. Efetividade de programa de suplementação alimentar no ganho ponderal de crianças. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 793-801, out/2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 nov. 2020.
- Barbosa MB, Domene SMA, Taddei JAAC, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. Rev. paul. pediatri., São Paulo, v. 27, n. 3, p.272-281, set/ 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000300007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 29 ago. 2020.
- Boccolini FRM, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. Rev Saude Pública, São Paulo, v.51, p. 108, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf). Acesso em 16 mar. 2019.
- Bortolini GA, Vitolo MR. Importância das práticas alimentares no primeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. Rev. Nutr., Campinas, v. 23, n. 6, p.1051-1062, dez/2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 nov. 2020.
- Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, set/ 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900014&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 05 jun. 2019.
- Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. J Pediatr., Rio de Janeiro, v.89 n.6, p.608-13, abr/2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v89n6/v89n6a15.pdf>. Acesso em 05 maio 2020.
- Bortolini GA, et al. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p.2413-2424, nov/ 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001102413&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102413&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 jun. 2019.
- Bortolini GA, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica, v.44. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. Acesso em 17 nov. 2020.
- BRASIL. Decreto nº 58.820, de 14 de julho de 1966. Promulga a convenção número 103, sobre proteção à maternidade. Diário Oficial da União, Brasília- DF. 19 de julho de 1966. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1950-1969/D58820.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D58820.htm). Acesso em 08 ago. 2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/guiaaliment.pdf>. Acesso em 29 abr.2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF; 2009a. 300 p. [internet]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Acesso em 29 abr.2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF; 2009b. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf). Acesso em 04 abr.2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília (DF); 2010a.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor. Brasília, DF; 2010b. Disponível em [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderno\\_do\\_tutor.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderno_do_tutor.pdf). Acesso em 29 abr.2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). Brasília, DF; 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_amamenta\\_brasil\\_primeiros\\_passos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf). Acesso em 08 abr.2019.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 26 abr.2019

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF); 2014.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.;1. reimpr. – Brasília; 2014a.

BRASIL. Decreto número 8.552, de 03 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, Brasília- DF. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-8.552-de-2015.pdf>. Acesso em 26 set. 2020.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica; n. 23. 2. ed. Brasília, DF; 2015a. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/alimentacao-infantil/cadernos-de-atencao-basica-saude-da-crianca-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar/3-cadernos-de-atencao-basica->



saude-da-crianca-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar.pdf/view. Acesso em 17 mar. 2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília, DF; 2015b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_nacional\\_promocao\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf). Acesso em 08 abr.2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília, DF; 2015c. [internet]. [Acesso em 30 abr 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco\\_referencia\\_vigilancia\\_alimentar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf)

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília, DF; 2015d. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf). Acesso em 03 mar. 2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília, DF; 2015e. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_nacional\\_promocao\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf). Acesso em 03 mar.2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF; 24 maio 2016. Diário Oficial da União. [Acesso em 26 abr 2019]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 26 abr.2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília, DF; 2017b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases\\_discussao\\_politica\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf). Acesso em 08 abr.2019.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF; 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf). Acesso em 05 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.580, de 22 de março de 2018. Estabelece normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília (DF); 22 mar 2018. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/cometica/wp-content/uploads/sites/7/2018/07/Reso580.pdf>. Acesso em 22 mar.2018

BRASIL. Decreto nº 10.088, de 5 de Novembro de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a promulgação de convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho - OIT ratificadas pela República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília- DF. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10088.htm#art5](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10088.htm#art5). Acesso em 13 ago. 2020.

Broilo MC, et al. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 89, n. 5, p. 485-491, out/ 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000500011&lng=en&nrm=iso). Acesso em 19 nov.2018.

Brunken GS, et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 82, n. 6, p. 445-451, dez/2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572006000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000800009&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 abr. 2019.

Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Sytematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.*, v.13n.3, jul/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12384>. Acesso em 15 abr. 2019.

Coelho LC, et al. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.727-738, mar/ 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300727&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300727&lng=en&nrm=iso). Acesso em 08 jun. 2020.

Correa EM, 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. 258-264, set/2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 abr. 2019.

Jacareí (SP). Departamento de Vigilância Sanitária de Jacareí. Jacareí- SP, 2019.

Jacareí (SP). E-Gestor Atenção Básica. Relatórios Públicos. SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Jacareí- SP, 2019. Acesso em 29 jun. 2020.

Jacareí (SP). E-Gestor Atenção Básica. Relatórios Públicos. Programa Bolsa Família. Jacareí, 2019. Acesso em 29 jun. 2020.

Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p. 1543-1551, maio/2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000501543&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501543&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul. 2020.

Escaidelai FMD, Augusto RA Souza JMP. Fatores sociodemográficos e excesso de peso em crianças participantes de programa governamental de distribuição de leite fortificado. *Journal of Human Growth and Development*, v.28, n.2, p.129-138, jun/ 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.115676>. Acesso em 04 nov.2020.

Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.19, n. 5, p. 623-630, out/ 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 06 abr.2019

Fernandes TFS, et al. Hipovitaminose A em pré-escolares de creches públicas do Recife: indicadores bioquímico e dietético. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 471-480, ago/ 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000400003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 nov.2020.

Ferreira CS, Cherchiglia ML, Cesar CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 13, n.2, p. 167-177, jun/ 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292013000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jun. 2020.

Flores TR, et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00068816, nov/2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001105001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 17 fev.2020.

Flores TR, et al. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet.*, 2020 jul/2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/padroes-de-consumo-alimentar-em-criancas-menores-de-dois-anos-no-brasil-pesquisa-nacional-de-saude-2013/17702>. Acesso em 17 fev. 2020.

Frota MA, et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.43, n.4, p. 895-901, dez/2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400022&lng=en&nrm=iso). Acesso em 07 set.2020.

Hernandez AR, Victoria CG. Biopolíticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, e00155117, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000903001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000903001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 07 abr. 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em 25 maio 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro; 2020. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>. Acesso em 20 jun. 2020.

Jaime PC, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 24, n.6, p. 809-824, dez/ 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732011000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jun. 2020.

Jaime PC, Prado RR, Malta DC. Family influence on the consumption of sugary drinks by children under two years old. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 1, 13s, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200310&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200310&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jun. 2020.

Lopes WC, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev. paul. pediatri.*, São Paulo, v.36, n. 2, p.164-170, jun/2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822018000200164&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000200164&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 11 jun. 2020.

Mais L.A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 93-104, jan/2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100093&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100093&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 abr. 2019.

Malta D.C. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, jun/2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200217&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200217&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jun. 2020.

Malta DC. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.51, supl.1, 4s, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 dez 2020.

Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti G. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, ago/2016, v.13, n.9, p-838. Disponível em: 10.3390/ijerph13090838

Martins APB, et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 656-665, ago/2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000400656&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400656&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 jun.2020.

Mello CS, Barros KV, Morais MB. Brazilian infant and preschool children feeding literature review. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 92, n. 5, p. 451-463, out/ 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572016000600451&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000600451&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul.2020.

Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl. p. s131-s141, nov/2004 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000700004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700004&lng=en&nrm=iso). Acesso em 29 abr.2019.

Monteiro FR, et al. Influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 93, n. 5, p. 475-481, out/2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572017000500475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000500475&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 jun. 2019.

Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n.12, e00161516, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001205010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul.2020.

OMS – Organização Mundial da Saúde. The optimal duration of the exclusive breastfeeding: a systematic review WHO/01.08. WHO/FCH/CAH/01.23. Geneva, 2001. Disponível em: [https://www.who.int/nutrition/publications/optimal\\_duration\\_of\\_exc\\_bfeeding\\_report\\_eng.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf). Acesso em 17 mar.2019.

\_\_\_\_\_. Infant and Young Child Feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva, 2003.

\_\_\_\_\_. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. Geneva, 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1). Acesso em 01 jun.2019.

.The United Nations Children’s Fund. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care: Section 4, hospital self-appraisal and monitoring. Geneva, Switzerland; 2009. Disponível em: [http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI\\_2009\\_s4.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s4.pdf). Acesso em 06 fev. 2019.

OPAS - Organização Panamericana da Saúde. Ultra-processed food and drink products in Latin America: trends, impact on obesity, policy implications. Washington, DC. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7699/9789275118641\\_eng.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7699/9789275118641_eng.pdf). Acesso em 06 nov.2020.

Passanha A, et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1141-1148, dez/2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601141&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601141&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul. 2020.

Passanha A, Benicio MHD, Venâncio SI. Caracterização do consumo alimentar de lactentes paulistas com idade entre seis e doze meses. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 375-385, jan/2020 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100375&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100375&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 jun. 2020.

Pereira RSV, et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p. 2343-2354, dez/ 2010 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em 19 nov. 2018.

Pivetta HMF, et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura. Rev. Ciênc Méd Biol. jan-abr/2018. v.17, n.1, p.95-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v17i1.12783>. Acesso em 10 mar. 2019.

Rea MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 184-191, jun/1988. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101988000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000300004&lng=en&nrm=iso). Acesso em 29 ago. 2020.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p.S37-S45, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000700005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 28 ago. 2020.

Relvas GRB, et al. Effectiveness of an educational manual to promote infant feeding practices in primary health care. Food and Nutrition Bulletin, v.40, n.4, p.544-561 jul/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0379572119855308>. Acesso em 03 nov.2020.

Relvas GRB, Buccini GS, Venâncio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil, J. Pediatr. (Rio J.), v.95, n. 5, p. 584-592, set/2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572019000600584&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572019000600584&lng=en). Acesso em 17 jun. 2020.

Rolim MD, et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p. 2359-2369, ago/ 2015 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000802359&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802359&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul. 2020.

Saldiva SRDM, et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 83, n. 1, p. 53-58, fev/ 2007 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000100010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 jul. 2020.

Saldiva SRDM, et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n 11, p. 2253-2262, nov/2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100018&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 maio. 2019.

Saldiva SRDM, et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutr J*, v.3, p. 13:33, abr/2014. Disponível em: 10.1186/1475-2891-13-33. Acesso em 18 jul. 2020.

Sampaio RCT, et al. Associação entre o uso de chupetas e interrupção da amamentação: Uma revisão de literatura. *Braz J Hea Rev*, Curitiba, jul/ago 2020, v.3, n.4, p.7353-7372, 2020. Disponível em: DOI:10.34119/bjhrv3n4-011. Acesso em 20 ago. 2020.

Santos GDC, Costa JAS, Netto MPN. Frequência do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados em lactentes. *HU Revista*, Juiz de Fora. jul/set, v.43, n. 3, p. 233-238, 2017. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2820>. Acesso em 04 jun. 2020.

Schincaglia RM, 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, v. 24, n. 3, p. 465-474, set/2015 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000300465&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300465&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07 set. 2020.

Silva EP, Lima RT, Osorio MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, set/2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902935&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902935&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul. 2020.

Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 29-38, abr/2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2003000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 27 abr. 2019.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Uso de chupeta em crianças amamentadas. Departamento científico de aleitamento materno. Ago/2017, n.3. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Aleitamento-\\_Chupeta\\_em\\_Criancas\\_Amamentadas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento-_Chupeta_em_Criancas_Amamentadas.pdf). Acesso em 03 jun. 2019.

Souza JPO, et al. Characterization of feeding of children under 24 months in unit cared by the Family health strategy.. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo, v. 38, e2019027, 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822020000100432&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100432&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 jun. 2020.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios>. Acesso em 20 set. 2020.

Uema RTB, et al. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v.36, n.1supl, p. 349-362, ago/2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/19269/16935>. Acesso em 27 abr.2019.

Vahlquist B. Introduction. Contemporary patterns of breast-feeding. Report of the WHO Collaborative Study on Breast-feeding. Geneva, 1981. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40079/9241560673\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40079/9241560673_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 30 mar. 2019.

Venâncio SI, et al. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 7, n. 2, p. 213-220, abr/2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000200012&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul. 2019.

Venâncio SI, et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *BEPA, Bol. epidemiol. paul.* (Online), São Paulo, v. 7, n. 83, nov. 2010. Disponível em [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-42722010001100001&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722010001100001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 01 maio 2019.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1205-1208, dez/ 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601205&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 jun. 2019.

Venâncio SI, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00010315, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=en&nrm=iso). Acesso em 06 abr. 2019.

Venâncio SI, et al. Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revisão rápida*. Instituto de Saúde – SES, mai.2020.

Victora CG, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde*, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>. Acesso em 30 mar. 2019.

Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.1, p. 24-30, fev/ 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul. 2020.

Vieira GO, et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 5, p.411-416, 2004. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000600013&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 ago.2020.

Vieira GO, et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v.86, n.5, p.441-444, out/ 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000500015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000500015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 14 maio 2019.

Vitolo MR. Nutrição – da gestação ao envelhecimento. 2. ed. Editora Rúbio, Rio de Janeiro, 2014a.

Vitolo MR, Louzada MLC, Rauber F. Atualização sobre alimentação da criança para profissionais de saúde: estudo de campo randomizado por conglomerados. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v.17, n.4, p.873-886, dez/2014b. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000400873&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400873&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 abr.2019.



## 10 ANEXOS

### ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA OS CUIDADORES DE CRIANÇAS MENORES DE 12 MESES.

#### Marcadores de Consumo Alimentar

UMSF/UBS:		Entrevistador:	Data:
Número de identificação criança		Data de Nascimento.	Sexo: F _____ M _____
Nome da criança:			
Nome da Mãe:			
Nome do participante:		Grau de parentesco:	

#### Características da família entrevistada (questionário para todos, independentemente da idade da criança)

1.1	Quantos anos a mãe da criança tem (anos completos): ( ) menor que 18 anos   ( ) entre 25 e 29 anos   ( ) 35 anos ou mais ( ) entre 18 e 24 anos   ( ) entre 30 e 34 anos   ( ) não sabe
1.2	Qual é o seu grau de escolaridade: ( ) Sem escolaridade                                      ( ) Ensino médio                                      ( ) não sabe ( ) Fundamental I (1º ano a 4º ano)                      ( ) Superior incompleto ( ) Fundamental II (5º ao 8º ano)                      ( ) Superior completo
1.3	A mãe do bebê tem algum companheiro no momento ( ) sim ( ) não ( ) não sabe
1.4	Em relação ao trabalho, neste momento a mãe da criança: ( ) Está trabalhando fora      ( ) Não está trabalhando fora ( ) Está em licença maternidade                      ( ) não sabe
1.5	O bebê é filho único: ( ) sim ( ) não ( ) não sabe
1.6	A mãe fez pré-natal na gestação? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe
1.7	Durante a gestação a família participou de algum grupo de orientação sobre os cuidados mamãe-bebê? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe
1.8	O parto foi realizado em qual tipo de maternidade? ( ) SUS ( ) Convênio ( ) Particular ( ) não sabe
1.9	Qual foi o tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) fórceps ( ) Não sabe
1.10	O bebê foi amamentado ao seio na primeira hora de vida? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe
1.11	A criança tem convênio de saúde: ( ) sim ( ) não ( ) não sabe
1.12	A família recebe algum benefício do governo: ( ) não recebe                                      ( ) não sabe ( ) Programa Bolsa Família   ( ) Programa Viva Leite   ( ) ambos ( ) outros
1.13	O bebê vai à creche: ( ) sim ( ) não
1.11	O (a) Sr(a). recebeu alguma orientação sobre alimentação da criança recentemente:

	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
1.12	Se sim, onde? (Permite seleção de mais de uma resposta) <input type="checkbox"/> na UBS <input type="checkbox"/> no hospital <input type="checkbox"/> em domicílio pela equipe de saúde <input type="checkbox"/> outros locais <input type="checkbox"/> em casa por familiares
1.13	A criança usa chupeta: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
1.14	A criança mamadeira: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe

**Esta criança é menor de 6 meses ? Use esse bloco de perguntas**

2.1	Ontem a criança tomou leite do peito? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
	<b>Ontem a criança consumiu:</b>
2.2	Leite de vaca (em pó, caixinha ou saquinho): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.3	Leite de cabra: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.4	Fórmula infantil (NAN, Aptamil, Milupa, Neslac por exemplo): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.5	Água: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.5	Chá: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.5.1	Se sim foi adoçado?: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.6	Suco de fruta: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.6.1	Se sim: de que tipo: <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> pó <input type="checkbox"/> caixinha/garrafa
2.6.2	Se natural, foi adoçado: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.7	Comida de sal (papinha, sopa, de panela): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.8	Fruta: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
2.9	Mingau: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe

**Esta criança tem 6 meses completos até 11 meses e 29 dias ? Use esse bloco de perguntas**

3.1	Ontem a criança tomou leite do peito? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.2	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.3	Se sim quantas vezes? <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais <input type="checkbox"/> não sabe
3.4	Ontem a criança comeu comida de sal (papinha, sopa, de panela): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.5	Se sim quantas vezes? <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais <input type="checkbox"/> não sabe
3.6	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="checkbox"/> em pedaços <input type="checkbox"/> amassada <input type="checkbox"/> passada na peneira <input type="checkbox"/> liquidificada <input type="checkbox"/> Só o caldo <input type="checkbox"/> não sabe
	<b>Ontem a criança consumiu:</b>
3.7	Outro leite que não do peito: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.7.1	Se sim, consumiu leite de vaca (em pó, caixinha ou saquinho): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.7.2	Se sim, consumiu fórmula infantil (NAN, Aptamil, Milupa, Neslac por exemplo): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.7.3	Se sim, consumiu leite de cabra (em pó, caixinha ou saquinho): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.8	Mingau com leite: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.9	Iogurte (beber ou comer de colher): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
3.10	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)

	( )sim ( )não ( )não sabe
3.11	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora/jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve, espinafre, mostarda): ( )sim ( )não ( )não sabe
3.14	Verdura de folha (alface, acelga, repolho): ( )sim ( )não ( )não sabe
3.15	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos) ou ovo: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.16	Fígado: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.17	Feijão: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.18	Arroz, batata, mandioca, inhame, cará, farinhas ou macarrão (sem ser Miojo): ( )sim ( )não ( )não sabe
3.19	Hambúrguer, nuggets, embutidos (Salsicha, linguiça, mortadela, salame): ( )sim ( )não ( )não sabe
3.20	Refrigerante, suco em pó, xarope de groselha: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.21	Suco de caixinha, água de coco de caixinha: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.22	Suco de fruta: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.23	Se sim, este suco foi adoçado: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.24	Miojo, salgadinho de pacote, biscoito salgado: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.25	Biscoito recheado: ( )sim ( )não ( )não sabe
3.26	Doces ou guloseimas (gelatina, balas, pirulito, chocolate, chiclete): ( )sim ( )não ( )não sabe

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA SUPERVISORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

### Perfil das Unidades de Saúde

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

1.1	Tipo de Unidade: ( ) Unidade Básica de Saúde tradicional ( ) Unidade Municipal de Saúde de Família
1.2	Total de equipes ESF: ( ) nenhuma            ( ) 3            ( ) 5 ( ) 1-2                ( ) 4            ( ) mais de 5 equipes
1.3	Nº de famílias assistidas: _____
1.4	A Unidade conta com Médico generalista? ( ) sim ( ) não
1.4.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.5	A Unidade conta com Médico pediatra? ( ) sim ( ) não
1.5.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.6	A Unidade conta com Médico ginecologista e obstetra? ( ) sim ( ) não
1.6.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.7	A Unidade conta com Enfermeiros? ( ) sim ( ) não
1.7.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.8	A Unidade conta com Auxiliar/Técnico em enfermagem? ( ) sim ( ) não
1.8.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.9	A Unidade conta com ACS? ( ) sim ( ) não
1.9.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.10	A Unidade conta com Dentista? ( ) sim ( ) não
1.10.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.11	A Unidade conta com Nutricionista? ( ) sim ( ) não
1.11.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.12	A Unidade conta com fonoaudiólogo? ( ) sim ( ) não
1.12.1	Se sim, o quadro está completo? ( ) sim ( ) não
1.13	É realizado pré-natal? ( ) Sim ( ) Não
1.14	As consultas de pré-natal são realizadas por (pode ser assinalada mais de uma alternativa): ( ) Médico ginecologista-obstetra ( ) Enfermeiro ( ) Médico generalista ( ) outros
1.15	A Unidade realiza grupo de gestantes? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.16	A Unidade realiza grupo de cuidados em puericultura? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.17	A amamentação é um tema abordado nos grupos? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.18	A alimentação complementar é um tema abordado nos grupos? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.11	A Unidade oferece consultas de puericultura para todas as crianças? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei

1.12	A Unidade oferece visitas domiciliares? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.13	A Unidade oferece visita domiciliar pós-parto? ( ) Sim ( ) Não
1.14	Qual é o prazo para que a visita domiciliar pós-parto ocorra: ( ) menos de 7 dias ( ) entre 7 e 15 dias ( ) entre 15 e 30 dias ( ) acima de 30 dias ( ) não sei
1.15	Aleitamento materno é um tema abordado nesta visita domiciliar: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.16	Qual é o prazo para que a consulta pós-parto ocorra: ( ) menos de 7 dias ( ) entre 7 e 15 dias ( ) entre 15 e 30 dias ( ) acima de 30 dias ( ) não sei
1.17	Aleitamento materno é um tema abordado nesta visita domiciliar: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.18	A equipe de saúde da Unidade já realizou oficina da Rede Amamenta Brasil? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.19	A equipe de saúde da Unidade já realizou oficina da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpac)? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.20	Há quanto tempo foi realizado a última capacitação alimentação infantil: ( ) nunca foi realizado ( ) há mais de 6 meses e menos de um ano ( ) nos últimos 30 dias ( ) mais de um ano ( ) mais de 30 dias e menos de 6 meses
1.20.1	Em caso positivo para realização de capacitação, qual foi o setor que aplicou a capacitação: ( ) Setor de educação permanente ( ) A própria equipe ( ) Núcleo Ampliado de Saúde da Família ( ) consultor externo ( ) outros
1.21	A Unidade tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em amamentação? ( ) Sim ( ) não ( ) não sei
1.20	A Unidade tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em alimentação complementar? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei
1.21	A unidade tem protocolo para coleta de dados sobre aleitamento materno da população na rotina de cuidados? ( ) Sim ( ) não ( ) não sei
1.22	A unidade tem protocolo para coleta de dados sobre alimentação complementar da população na rotina de cuidados? ( ) Sim ( ) não ( ) não sei
1.23	São coletados e analisados os dados de peso e altura das crianças menores de 2 anos? ( ) Sim ( ) não ( ) não sei
1.24	Existem materiais educativos para promoção do aleitamento materno para uso? ( ) Sim ( ) não ( ) não sei
1.25	Existem materiais educativos para promoção da alimentação complementar saudável para uso? ( ) Sim ( ) não ( ) não sei

**ANEXO C – AGENDA DE VISITAS AOS SUPERVISORES DE UBS  
PARA APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA.**



**Município de Jacareí**  
Secretaria de Saúde

Jacareí, 12 de agosto de 2019.

**Agenda nas UMSF/ UBS: Aleitamento Materno e Introdução da Alimentação  
Complementar.**

Data	Dia da semana	Unidades	Período	Ciência
13	Terça-feira	Vila Zezé 29/08.	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
		Cidade Salvador	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
15	Quinta-feira	Rio Comprido ✓	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
16	Sexta-feira	Esperança ✓	Manhã	<i>[Handwritten signature]</i>
19	Segunda-feira	Igarapés ✓	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
		Imperial ✓	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
20	Terça-feira	<del>Unidade</del>	<del>Tarde</del>	<del>[Handwritten signature]</del>
		Pagador Andrade	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
		Jardim Emília	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
21	Quarta-feira	Yolanda / SABV ✓	Manhã	<i>[Handwritten signature]</i>
23	Sexta-feira	Bandeira Branca	Manhã	<i>[Handwritten signature]</i>
		São Silvestre	Manhã	<i>[Handwritten signature]</i>
26	Segunda-feira	Parque Meia Lua	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
		Parque Brasil	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
27	Terça-feira	Jardim do Vale ✓	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
		Jardim das Indústrias	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
29	Quinta-feira	Parque Santo Antonio	Tarde	<i>[Handwritten signature]</i>
30	Sexta-feira	Santa Cruz dos Lázarus	Manhã	<i>[Handwritten signature]</i>

*[Handwritten signature]*  
Secretaria de Saúde - UMSF  
Natalia da Costa Selinger  
Supervisor de Unidade

Natalia da Costa Selinger  
Supervisor de Unidade

**ANEXO D – LISTA DE PRESENÇA DO TREINAMENTO APLICADO AOS ENTREVISTADORES DOS  
CUIDADORES DE LACTENTES**

## ANEXO D – LISTA DE PRESENÇA DO TREINAMENTO APLICADO AOS ENTREVISTADORES DOS CUIDADORES DE LACTENTES (CONTINUAÇÃO).



Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.  
Prefeitura Municipal de Jacareí  
Secretaria de Saúde



Ficha de treinamento para entrevistadores.

Data: 11/09/19

Público: ACS

Responsável: Natália da Costa Selinger - Carga Horária 3H + deslocamento

Secretaria de Saúde - P.M. Jacareí  
Natália da Costa Selinger  
Supervisor de Unidade

Declaro que fui orientado (a) sobre o projeto de pesquisa "Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador para ações no município de Jacareí - SP", público-alvo, instrumento da coleta das informações, aplicação adequada, termo de consentimento livre e esclarecido e estou de acordo em participar da coleta de dados.

Nome	CPF	Assinatura
Imaculada Miranda dos Santos	3.1216558-18	Imaculada
Dayane Lisbon Aguiar	349.003.958-90	Dayane
Oláudete do Souza	28.1498898-65	Oláudete
Saii Bruno dos Santos	443.420.018-01	Saii Bruno dos Santos
Clairine da Silva Alexandre	249.063.088-13	Clairine
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/



## ANEXO D – LISTA DE PRESENÇA DO TREINAMENTO APLICADO AOS ENTREVISTADORES DOS CUIDADORES DE LACTENTES (CONTINUAÇÃO).



Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.  
Prefeitura Municipal de Jacareí  
Secretaria de Saúde



Ficha de treinamento para entrevistadores.

Data: 16/09/19

Público: ACS.

Responsável: Natalia da Costa Selinger Canga Horáia 24 + deslocamento até local de trabalho

Declaro que fui orientado (a) sobre o projeto de pesquisa "Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norte-sul em municípios do Estado de São Paulo", público-alvo, instrumento da coleta das informações, aplicação adequada, termo de consentimento livre e esclarecido e estou de acordo em participar da coleta de dados.

Nome	CPF	Assinatura
<u>Paula da Conceição Silva Dinhas</u>	<u>04783052832</u>	<u>(12) 98843 6057</u>
<u>Pharília Batista da S. G.</u>	<u>585 507.986.49</u>	<u>(12) 98818.9399</u>
<u>Luizita Maria de Silva de Souza</u>	<u>11131051866</u>	<u>(12) 98251805F</u>
<u>Silviani Soares</u>	<u>26424530819</u>	<u>(12) 988254552</u>
<u>Edna Alves</u>	<u>038 694 708 28</u>	<u>(12) 98807-3369</u>
<u>Naldson Henrique Lente Prado</u>	<u>362 178 858-16</u>	<u>(12) 98881-8791 Jole transporte</u>
<u>Feliana Marques Loução</u>	<u>28856083893</u>	<u>(12) 98205-9977</u>
<u>Edlene Aparecida Santos Nascimento</u>	<u>12322858-12</u>	<u>(12) 98811 3620</u>
<u>Suzi Mary Santos</u>	<u>257773798 00</u>	<u>(12) 98811 3620</u>

### ANEXO D – LISTA DE PRESENÇA DO TREINAMENTO APLICADO AOS ENTREVISTADORES DOS CUIDADORES DE LACTENTES (CONTINUAÇÃO)



Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.  
Prefeitura Municipal de Jacareí  
Secretaria de Saúde



Ficha de treinamento para entrevistadores.

Data: 17/09/19

Público: ACS + Aux Enfermagem.

Responsável: Natalia da Costa Diniz

Secretaria de Saúde - Fone  
Jacareí - RJ  
Rua Costa Saenger  
98817-4168

Declaro que fui orientado (a) sobre o projeto de pesquisa "Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador para ações no município de Jacareí - SP", público-alvo, instrumento da coleta das informações, aplicação adequada, termo de consentimento livre e esclarecido e estou de acordo em participar da coleta de dados.

Nome	CPF	Assinatura
<u>Laila de Camargo Faia Domingues</u>	<u>306028628-09</u>	<u>Domingues</u>
<u>Andra Maria da Silva</u>	<u>35213805809</u>	<u>[Signature]</u>
<u>Rosiane Mesias Moreira</u>	<u>03121536605</u>	<u>Rosiane Mesias Moreira</u>
<u>Eleonora Maria Ribeiro Barbosa</u>	<u>33863384881</u>	<u>Eleonora Maria Ribeiro Barbosa 98817-4168</u>
<u>Maria Geralda Oliveira</u>	<u>05019590843</u>	<u>[Signature]</u>
<u>Mª Jose M. dos Santos</u>	<u>98259.5333</u>	<u>[Signature]</u>
<u>Luzia Campos maue</u>	<u>32984241886</u>	<u>[Signature]</u>
<u>Felme de Jesus Oliveira</u>	<u>13671631770</u>	<u>[Signature]</u>
<u>Denni Rodrigues da Silva</u>	<u>28851741883</u>	<u>Denni Silva</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>



## ANEXO E – LISTA DE PRESENÇA DO TREINAMENTO APLICADO AOS ESTAGIÁRIOS DE NUTRIÇÃO ENTREVISTADORES DOS SUPERVISORES DE UBS.



Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.  
Prefeitura Municipal de Jacareí  
Secretaria de Saúde



**Ficha de treinamento para entrevistadores.**

Data: 19/08/19 Público: estagiários UNP  
Responsável: Natalia da Costa Selinger

Declaro que fui orientado (a) sobre o projeto de pesquisa “Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama nortecedor para ações no município de Jacareí – SP”, público-alvo, instrumento da coleta das informações, aplicação adequada, termo de consentimento livre e esclarecido e estou de acordo em participar da coleta de dados.

Nome	CPF	Assinatura
Cibele Maria de Carvalho	130.973.217-56	(u)
Jacqueline Aiolfi Esperto	442.045.428-83	(u)
Bianca Silva dos Santos	418 671 178-00	Bianca Santos

  
 Secretaria de Saúde - PMJ  
 Natalia da Costa Selinger  
 Supervisor de Unidade

## **ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CUIDADORES MAIORES DE 18 ANOS.**

O (a) Sr.(a) está convidado(a) a participar da pesquisa da Prefeitura Municipal de Jacareí e Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde para verificar quais são as práticas de aleitamento materno e da oferta de alimentos para crianças menores de 1 ano completos. Estas informações são importantes para o planejamento de ações em saúde na área de alimentação e nutrição para a população de Jacareí como um todo, especialmente para a alimentação dos bebês.

A pesquisa é feita por meio de uma entrevista direcionada aos cuidadores principais das crianças com perguntas sobre amamentação e alimentos oferecidos às crianças menores de 1 ano completo e leva aproximadamente 15 minutos.

Os riscos são mínimos, dependendo do tipo de pergunta, pode haver algum desconforto, lembre-se não há resposta certa, mas também o (a) Sr.(a) é livre para não responder, não haverá julgamentos quanto à sua prática e também pode desistir a qualquer momento, mesmo depois de terminarmos sem qualquer prejuízo ao seu atendimento hoje e nem ao acesso aos serviços de saúde futuramente. Não terá nenhum custo e o (a) sr.(a) participa como voluntário ser receber nenhum benefício extra.

Todas as informações que conversarmos são sigilosas e em caso de dúvidas não discutidas aqui, mesmo ao término da entrevista o (a) Sr. (a) pode entrar em contato diretamente com a pesquisadora Natália da Costa Selinger pelo e-mail [natalia.selinger@jacarei.sp.gov.br](mailto:natalia.selinger@jacarei.sp.gov.br) e telefone (12) 3955-9749 de segunda-feira à quinta-feira das 8h às 16h.

Em caso de consideração a fazer ou dúvida quanto à ética da pesquisa o (a) Sr. (a) pode entrar em contato com Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS pelo telefone (11) 3116-8597 de segunda-feira à sexta-feira das 9h às 16h ou pelo email [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br).

Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor (a) e pela responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Fui informado (a) sobre a pesquisa “Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador de ações para o Município de Jacareí” e concordo em participar voluntariamente do estudo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) entrevistado(a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado (a) para a sua participação neste estudo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Natália da Costa Selinger

## **ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUPERVISORES DAS UBS.**

Prezada Supervisora, a Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa da Prefeitura Municipal de Jacareí e do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde intitulada “Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador de ações para o Município de Jacareí” que tem por objetivo verificar quais são as práticas de aleitamento materno e da oferta de alimentos para crianças menores de 1 ano completos e o perfil das Unidades Básicas de Saúde quanto as ações voltadas para a alimentação infantil. Estas informações são importantes para o planejamento de ações em saúde na área de alimentação e nutrição para a população de Jacareí, especialmente para a alimentação dos bebês.

Essa pesquisa etapa da pesquisa será realizada com todos os supervisores de Unidades Básicas de Saúde do município. Não participarão da pesquisa supervisores que ingressaram no cargo há menos de um mês. Sua participação no estudo consistirá em responder algumas perguntas voltadas para as práticas realizadas na Unidade de Saúde em que você supervisiona. A entrevista terá uma duração de mais ou menos 15 minutos. Os riscos são mínimos, havendo desconforto em responder alguma pergunta fique a vontade para não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para sua atuação. O (a) Sr.(a) também tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista ou mesmo depois do término dela, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações.

O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Em caso de dúvidas não discutidas aqui, mesmo ao término da entrevista você pode entrar em contato diretamente com a pesquisadora Natália da Costa Selinger pelo e-mail [Natalia.selinger@jacarei.sp.gov.br](mailto:Natalia.selinger@jacarei.sp.gov.br) e telefone (12) 3955- 9749 de segunda-feira à quinta-feira das 8h às 16h. Em caso de consideração a fazer ou dúvida quanto à ética da pesquisa o (a) Sr. (a) pode entrar em contato com Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS pelo telefone (11) 3116-8597 de segunda-feira à sexta-feira das 9h às 16h ou pelo e-mail [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br). Este termo será assinado em duas vias, por você e pela responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Fui informado (a) sobre a pesquisa “Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador de ações para o Município de Jacareí” e concordo em participar voluntariamente do estudo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) entrevistado(a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado (a) para a sua participação neste estudo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Natália da Costa Selinger

## **ANEXO H – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CUIDADORES MENORES DE 18 ANOS.**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa da Prefeitura Municipal de Jacareí e do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde para verificar quais são as práticas de aleitamento materno e da oferta de alimentos para crianças menores de 1 ano completos. Estas informações são importantes para o planejamento de ações em saúde na área de alimentação e nutrição para a população de Jacareí, especialmente para a alimentação dos bebês.

A pesquisa é feita por meio de uma entrevista direcionada aos cuidadores principais de crianças com perguntas sobre aleitamento materno e alimentos oferecidos às crianças menores de 1 ano completo e leva aproximadamente 10 minutos.

Os riscos são mínimos, dependendo do tipo de pergunta, pode haver algum desconforto, mas lembre-se não há resposta certa, mas também você é livre para não responder, não haverá julgamentos quanto à sua prática e também pode desistir a qualquer momento, mesmo depois de terminarmos, sem qualquer prejuízo ao seu atendimento hoje e nem ao acesso aos serviços de saúde futuramente. Ainda que seu responsável legal queira que participe é de sua escolha em responder a entrevista. Não terá nenhum custo e você participa como voluntário sem receber nenhum benefício extra. Todas as informações que conversarmos são sigilosas e em caso de dúvidas não discutidas aqui, mesmo ao término da entrevista você pode entrar em contato diretamente com a pesquisadora Natália da Costa Selinger pelo e-mail [Natalia.selinger@jacarei.sp.gov.br](mailto:Natalia.selinger@jacarei.sp.gov.br) e telefone (12) 3955- 9749 de segunda-feira à quinta-feira das 8h às 16h.

Em caso de consideração a fazer ou dúvida quanto à ética da pesquisa o (a) Sr. (a) pode entrar em contato com Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS pelo telefone (11) 3116-8597 de segunda-feira à sexta-feira das 9h às 16h ou pelo e-mail [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br). Este termo será assinado em duas vias, por você e pela responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Fui informado (a) sobre a pesquisa “Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador de ações para o Município de Jacareí” e concordo em participar voluntariamente do estudo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) entrevistado (a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do (a) responsável legal e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado (a).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Natália da Costa Selinger

## ANEXO I – CARTA DE AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA.



**Município de Jacareí**  
Secretaria de Saúde



Memorando para Autorização de Pesquisa

Jacareí, 31 de julho de 2019.

À Sra.  
Secretária de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Jacareí

Eu, Natália da Costa Selinger, solicito autorização para o início das atividades de campo do projeto de pesquisa: "Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador para ações no município de Jacareí". O presente projeto faz parte do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

O estudo tem caráter epidemiológico e amostra foi fixada com base no número de crianças menores de 12 meses vinculadas às Unidades Básicas de Saúde em um período pré-determinado. Todas as supervisoras de unidades serão convidadas a participar da pesquisa.

A pesquisa será realizada por meio de entrevista composta por perguntas fechadas para mãe, pai ou cuidador principal de crianças menores de 12 meses, aplicado por Agente Comunitário de Saúde treinado. Para os supervisores de Unidade Básica de Saúde será realizada uma entrevista estruturada composta por perguntas fechadas que será aplicado por estagiários do curso de Nutrição da Universidade Paulista – UNIP, que a Prefeitura de Jacareí oferece campo de estágio.

Informo que o presente foi aprovado no exame de qualificação em 05 de Julho de 2019 e no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde. CEPIS sob o número 3.471.379 em 25 de Julho de 2019, atendendo os padrões técnicos e as normas éticas conforme anexo. O Projeto de Pesquisa é orientado pela Professora Dr<sup>a</sup>, Sônia Itoyama Venancio, segue currículo Lattes em anexo, qualquer esclarecimento adicional entrar em contato do pesquisador principal Natália da Costa Selinger no telefone (12) 997017845.



## ANEXO I – CARTA DE AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA (CONTINUAÇÃO).



**Município de Jacareí**  
Secretaria de Saúde




Discutida a viabilidade da pesquisa com a Diretora de Atenção Básica do município que está de acordo com a execução da pesquisa no segundo semestre de 2019 conforme documento em anexo.

Vale ressaltar que o tema da presente pesquisa é de amplo interesse público, pois tem como objetivo caracterizar o perfil das Unidades Básicas de Saúde no tocante à promoção do aleitamento materno e das práticas alimentares de crianças de 0 a 12 meses no município de Jacareí trazendo informações que podem subsidiar a gestão dos serviços no planejamento de ações estratégicas de prevenção, promoção e apoio ao aleitamento materno e alimentação adequada e saudável na infância que atualmente o município não dispõe.

  
Secretária de Saúde - PMJ  
Natalia da Costa Selinger  
Supervisor de Unidade

Natália da Costa Selinger  
Nutricionista  
Supervisor de Unidade

  
Sonia Isoyama Venâncio  
Orientadora do Projeto

Coordenação da Comissão de Pós-Graduação  
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva  
Instituto de Saúde-CO/UNESP

  
Secretária de Saúde - PMJ  
Rosane Cruz Neto  
Secretária de Saúde

Secretária de Saúde

*Ciente e de acordo.*

  
Secretária de Saúde - PMJ  
Natalia da Costa Selinger  
Diretora de Atenção Básica

## ANEXO I – CARTA DE AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA (CONTINUAÇÃO).



**Município de Jacareí**  
Secretaria de Saúde


Jacareí, 15 de julho de 2019.

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

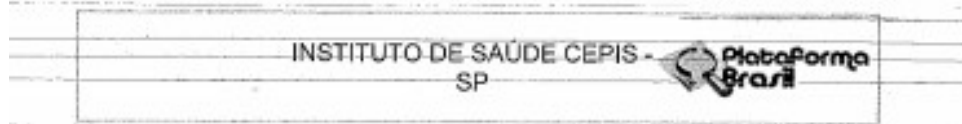
Eu, Marliá Bason Cury, CPF 161.785.188-46, Diretora da Atenção Básica do município de Jacareí, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada **Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama norteador de ações no município de Jacareí – SP**, sob responsabilidade da pesquisadora Natália da Costa Selinger, CPF 358.642.418-30 e orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra Sonia Isoyama Venâncio em nossas dependências durante o segundo semestre de 2019.

  
Marliá Bason Cury  
Diretora da Atenção Básica

## ANEXO J – CARTA DE PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA.

<b>INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -</b> <b>SP</b> 								
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>								
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>								
<b>Título da Pesquisa:</b> PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE 12 MESES: UM PANORAMA NORTEADOR PARA AÇÕES NO MUNICÍPIO DE JACAREÍ-SP. <b>Pesquisador:</b> NATALIA DA COSTA SELINGER <b>Área Temática:</b> <b>Versão:</b> 1 <b>CAAE:</b> 17405719.0.0000.5469 <b>Instituição Proponente:</b> Instituto de Saúde CEPIS - SP <b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio								
<b>DADOS DO PARECER</b>								
<b>Número do Parecer:</b> 3.471.379								
<b>Apresentação do Projeto:</b> Estudo de caráter epidemiológico transversal para avaliação do perfil alimentar de crianças menores de 12 meses e perfil de trabalho das Unidades Básicas de Saúde do Município de Jacareí quanto aos serviços oferecidos para promover o aleitamento materno e introdução alimentar adequada e saudável por meio de questionário de perguntas fechadas para ser aplicado através de entrevista individual para cuidadores de crianças e supervisoras de unidade, respectivamente. A ausência de dados do município de Jacareí sobre alimentação infantil no SISVAN e ausência de registros de atividades voltadas para o apoio e promoção do aleitamento materno e da introdução alimentar que permitam verificar a organização da rede sobre o tema estabelecem a necessidade de coletar e avaliar dados populacionais sobre as práticas alimentares e o perfil das atividades que as Unidades Básicas de Saúde realizam para promoção e apoio do AM e alimentação complementar -AC. Para a pesquisa do perfil alimentar de crianças menores de 12 meses foi definida a amostra a partir do número de cadastros completos nas unidades básicas de saúde. Todos os supervisoras da unidade serão convidados a participar. O instrumento de coleta é composto de perguntas fechadas, baseado em questionários sugeridos pelo MS e OMS a ser aplicado por agentes comunitários de saúde e estagiários de nutrição previamente treinados. Os critérios de inclusão e exclusão estão bem descritos. Os dados coletados serão analisados de forma descritiva, por meio do cálculo das proporções e os								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Endereço:</b> Rua Santa Antônia, 500 - 1º andar</td> <td style="padding: 2px;"><b>CEP:</b> 01.214-000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Bairro:</b> Bela Vista</td> <td style="padding: 2px;"><b>Município:</b> SÃO PAULO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>UF:</b> SP</td> <td style="padding: 2px;"><b>Telefone:</b> (11)3119-6669</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Fax:</b> (11)3119-8623</td> <td style="padding: 2px;"><b>E-mail:</b> cepis@saude.sp.gov.br</td> </tr> </table>	<b>Endereço:</b> Rua Santa Antônia, 500 - 1º andar	<b>CEP:</b> 01.214-000	<b>Bairro:</b> Bela Vista	<b>Município:</b> SÃO PAULO	<b>UF:</b> SP	<b>Telefone:</b> (11)3119-6669	<b>Fax:</b> (11)3119-8623	<b>E-mail:</b> cepis@saude.sp.gov.br
<b>Endereço:</b> Rua Santa Antônia, 500 - 1º andar	<b>CEP:</b> 01.214-000							
<b>Bairro:</b> Bela Vista	<b>Município:</b> SÃO PAULO							
<b>UF:</b> SP	<b>Telefone:</b> (11)3119-6669							
<b>Fax:</b> (11)3119-8623	<b>E-mail:</b> cepis@saude.sp.gov.br							

## ANEXO J – CARTA DE PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO).



Continuação do Parecer: 3.471.378

respectivos intervalos de confiança de 95%. As práticas de amamentação e alimentação complementar serão analisadas segundo os indicadores propostos pelo Ministério da Saúde. Os dados coletados quanto ao perfil das Unidades Básicas de Saúde serão descritos caracterizando os serviços oferecidos e as ações realizadas.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Caracterizar o perfil das Unidades Básicas de Saúde no tocante à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar e as práticas alimentares de crianças de 0 a 12 meses no município de Jacareí.

#### Objetivos Secundários:

Estimar a prevalência de aleitamento materno no município de Jacareí;  
Identificar a idade em que ocorre a introdução de alimentos, a diversidade de grupos alimentares consumidos, a frequência mínima de refeições, a consistência dos alimentos consumidos e o consumo de alimentos ultraprocessados em crianças menores de doze meses no município de Jacareí;  
Descrever o perfil das Unidades Básicas de Saúde em relação à sua estrutura e aos serviços ofertados para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Os riscos percebidos são mínimos entretanto devido ao caráter de entrevista, as perguntas podem trazer desconforto ao entrevistado, contudo o mesmo será informado quanto à não obrigatoriedade de resposta e que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento, bem como suas informações excluídas ainda que posterior ao término da entrevista.

##### Benefícios:

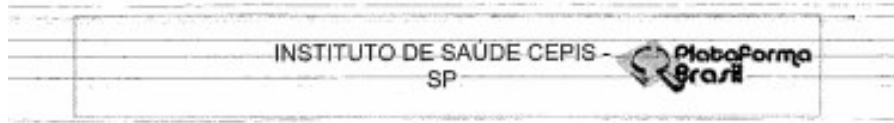
O estudo não tem por característica trazer benefícios diretos para os participantes mas subsidiarão com informações para ações de melhoria para a comunidade em geral a médio e longo prazo.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As intervenções nas práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos primeiros anos de vida são importantes estratégias para a promoção da saúde infantil e redução de danos à saúde e mortalidade nesta faixa etária, justificando a importância da realização de estudos neste

Endereço: Rua Santo Antônio, 550 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)3116-8527 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@saude.sp.gov.br

## ANEXO J – CARTA DE PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO).



Continuação do Parecer: 0,471,378

tema, em especial em um Município que não tem dados registrados adequadamente sobre o assunto. O levantamento bibliográfico é adequado e não foram constatados problemas éticos no seu desenvolvimento, nos critérios de inclusão/exclusão, no orçamento e no cronograma proposto.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa apresentou os termos de apresentação obrigatória de forma adequada, incluindo o termo de autorização da autoridade responsável pelas unidades básicas de saúde do Município de Jacareí, dois (2) termos de consentimento livre e esclarecido, um para os supervisores das Unidades Básicas de Saúde, outro para os cuidadores com mais de 18 anos e um (1) termo de assentimento para cuidadores menores de 18 anos, todos com redação adequada e compreensível. O número do telefone do Comitê de Ética do Instituto de Saúde - CEPIS precisa ser alterado de 3116-8597 para 3116-8606 nos dois termos de consentimento e no termo de assentimento.

#### Recomendações:

Alterar o número do telefone do Comitê de Ética do Instituto de Saúde - CEPIS de 3116-8597 para 3116-8606 nos dois termos de consentimento e no termo de assentimento.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado com referência às questões e normas éticas.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1397596.pdf	15/07/2019 15:06:26		Aceito
Folha de Rosto	folhadestonataladacostaselingr.pdf	15/07/2019 15:02:04	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito
Outros	cartadeanuenciadataladacostaselingr.p df	15/07/2019 15:01:39	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompletoataladacostaselingr.p df	14/07/2019 14:20:05	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito
Cronograma	cronogramataladacostaselingr.pdf	14/07/2019 14:19:36	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TermodeAssentimentoLivreeEsclarecido menorede18anos.pdf	14/07/2019 14:19:25	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito

Endereço: Rua Santo Antônio, 580 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3116-3527 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@saude.sp.gov.br

Folha 03 de 34

## ANEXO J – CARTA DE PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO).



Continuação de Parecer: 3.471.579

Ausência	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido: maiores de 18 anos.pdf	14/07/2019 14:19:23	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito
TCLE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL E supervisores das unidades básicas de saúde.pdf	14/07/2019 14:18:52	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito
TCLE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL E cuidadores maiores de 18 anos.pdf	14/07/2019 14:18:30	NATALIA DA COSTA SELINGER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Julho de 2019

Assinado por:  
**Maritza Carla de Bortoli**  
(Coordenadora)

Endereço: Rua Santo Antônio, 593 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3116-6597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

Página 4 de 04