

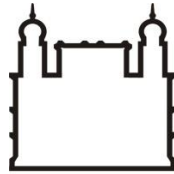


Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**SITUAÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS
ASSISTIDAS PELA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE MACAÉ/RJ**

Alice Bouskelá

Rio de Janeiro
Setembro de 2019



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**SITUAÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS
ASSISTIDAS PELA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE MACAÉ/RJ**

Alice Bouskelá

Tese apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF/Fiocruz), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Dr.^a Vânia de Matos Fonseca

Rio de Janeiro
Setembro de 2019

CIP - Catalogação na Publicação

Bouskelá, Alice.

Situação alimentar de crianças menores de 2 anos assistidas pela Rede de Atenção Básica de Macaé/RJ / Alice Bouskelá. - Rio de Janeiro, 2019.
186 f.; il.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Orientadora: Vania de Matos Fonseca.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Aleitamento Materno. 2. Alimentação Complementar. 3. Promoção da Saúde. 4. Política de Saúde. I. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos meus irmãos por tudo.

Ao meu marido Bruno, meu amor e melhor amigo, pela nossa incrível jornada.

Às minhas filhas peludas Dana, Lucy e Arya por toda a alegria, todo amor e indescritível paz.

Ao meu milagre, meu filho Guilherme, por todos os novos significados e reflexões, por todos os seus olhares de afeto, por todo o carinho, por esse amor especial, essa família, essa oportunidade de construção e de evolução.

À minha orientadora Vânia de Matos Fonseca por todo o auxílio, apoio, compreensão, motivação e valiosos conselhos.

À minha colega de trabalho e amiga, professora Jane de Carlos Santana Capelli, por acreditar no meu potencial, pelo convite para ingressar em seus projetos e em tantas parcerias, pelo carinho e conversas de inúmeros momentos – pelo seu exemplo pessoal e profissional.

À professora Camilla Medeiros Macedo da Rocha pelo apoio, amizade e por toda a sua dedicação e atenção aos artigos desta tese.

Às colegas do curso de doutorado pela companhia nesse caminhar de mais um passo de conquista acadêmica.

À Secretaria Acadêmica do IFF/FIOCRUZ, em especial à Cecília e Juliana, por toda a atenção, disponibilidade e por diversos auxílios administrativos.

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram na concepção e execução deste trabalho.

“Não serás julgado pelo muito que souberes, mas pelo bem que fizeres.”

Lendas do Céu e da Terra, Malba Tahan, 1962, p.80

RESUMO

Nos primeiros anos de vida, a nutrição é essencial para o crescimento, o desenvolvimento psicomotor e para a prevenção de doenças crônico-degenerativas na idade adulta. Elaborada sob a forma de coletânea de artigos, a presente tese objetivou estudar a situação de aleitamento materno e práticas alimentares, em conjunto com as suas ações promotoras, em crianças menores de 2 anos assistidas pela rede de Atenção Básica (AB) do município de Macaé, Rio de Janeiro (RJ). O primeiro artigo investigou a prevalência e a tendência temporal do aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes menores de 4 meses atendidos na AB de Macaé, entre 2001 e 2015. Realizou-se um estudo de série temporal, de caráter descritivo e de uso de dados de base secundária (Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS via Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS). A análise de tendência de AME foi realizada por meio do software *Jointpoint Regression Program* para *Windows* versão 4.5.0.1. Para o total de crianças estudadas, o AME apresentou um aumento estatisticamente significativo de 47,2% para 69,0% entre 2001 e 2004. Para os anos seguintes, a prática de AME sofreu variações sem significância estatística até a taxa de prevalência de 73,5% em 2015, com valor máximo de 76,8% em 2013. O segundo artigo analisou a situação da alimentação complementar de crianças entre 6-24 meses igualmente assistidas na AB do referido município. Um estudo seccional em que os dados foram obtidos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Web – SISVAN Web, com a análise de um total de 218 registros referentes ao ano de 2013. Em lactentes entre 6-12 meses, detectou-se o consumo de 72,3% de verduras/legumes, 75,3% de frutas e 63,4% de carnes, sendo considerados indicadores de alimentação complementar (AC) saudável. Em contrapartida, 23,8% já consumiam alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), 34,7% suco industrializado e 17,8% refrigerantes. Em crianças entre 12-18 meses, detectou-se que 77,6% consumiam verduras/legumes, 77,4% frutas e 86,3% carnes. O consumo de alimentos fontes de açúcar era de 31%, 58,6% de suco industrializado e 50% de refrigerantes. Entre 18-24 meses, observou-se 89,9% das crianças consumindo verduras/legumes, 83,1% frutas e 96,7% carnes. O consumo de alimentos fontes de açúcar foi de 33,9%, 69,5% de suco industrializado e 55,5% de refrigerantes. Os indicadores de AC saudável se aproximaram da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (80%). O terceiro artigo descreveu as experiências de graduandos dos cursos de Nutrição e Enfermagem, participantes de um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, campus UFRJ-Macaé, nas ações de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida. Realizou-se um relato de experiências a partir da abordagem de educadores (cinco bolsistas e dois voluntários) que organizaram e executaram três ações educativas: minicurso, oficina e sala de espera, entre 2016 e 2017; estas voltadas para a comunidade em geral, acadêmicos de graduação, usuários e profissionais da saúde atuantes em unidades de Macaé (educandos). Em dois encontros, foram utilizadas rodas de conversa como estratégia para a construção de prática dialógica com os educadores participantes das três ações. Realizada de forma lúdica e demonstrativa, a oficina foi apontada como sendo a melhor estratégia de

educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação no primeiro ano de vida, principalmente ao se tratar da introdução da AC. Macaé, portanto, apresentou uma otimista evolução quanto ao AME, a qual se estabeleceu por mais de uma década, com destaque para suas políticas e ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. Ademais, para a AC, os resultados foram igualmente positivos e, mais uma vez, os mesmos apontaram para os investimentos realizados pela gestão municipal em incentivo à alimentação saudável na primeira infância; contudo, as ações extensionistas com a parceria universidade-prefeitura também mereceram o devido reconhecimento em auxílio ao estabelecimento de práticas alimentares adequadas tão importantes em fase precoce da vida.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Alimentação Complementar, Promoção da Saúde, Política de Saúde.

ABSTRACT

In the early years of life, nutrition is essential for growth, psychomotor development and for the prevention of chronic-degenerative diseases in adulthood. Elaborated as a collection of articles, this thesis aimed to study the breastfeeding situation and feeding practices, together with its promoter actions, in children under 2 years of age assisted by the Basic Attention network of the municipality of Macaé, Rio de Janeiro (RJ). The first article investigated the prevalence and the temporal trend of exclusive breastfeeding in infants under 4 months of age attended at Basic Attention of Macaé between 2001 and 2015. An descriptive and secondary data-based study was carried out (via the Brazilian Health System Database – DATASUS and the Basic Attention Information System – SIAB/SUS). The exclusive breastfeeding trend analysis was performed using the Jointpoint Regression Program for Windows version 4.5.0.1. For the total number of children studied, exclusive breastfeeding presented a statistically significant increase from 47.2% to 69.0% between 2001 and 2004. For the following years, the practice underwent variations without statistical significance up to the prevalence of 73.5 % in 2015, with a maximum value of 76.8% in 2013. The second article analyzed the situation of complementary feeding of children between 6-24 months equally attended in Basic Attention of Macaé. A sectional study in which data were obtained from the Brazilian Food and Nutrition Surveillance System on the Web – SISVAN Web, with the analysis of a total of 218 records referring to the year 2013. In infants between 6-12 months, the consumption of 72.3% of vegetables/veggies, 75.3% of fruits and 63.4% of meat was detected, being considered healthy complementary feeding indicators. In contrast, 23.8% already consumed food sources of sugar (honey, molasses, plain sugar and sugar cane), 34.7% processed juice and 17.8% soft drinks. In children between 12-18 months, it was detected that 77.6% consumed vegetables/veggies, 77.4% fruits and 86.3% meat. The consumption of food sources of sugar was 31%, 58.6% of processed juice and 50% of soft drinks. Between 18-24 months, 89.9% of the children consuming vegetables/veggies, 83.1% fruits and 96.7% meat were observed. The consumption of food sources of sugar was 33.9%, 69.5% of processed juice and 55.5% of soft drinks. Healthy complementary feeding indicators approached the target set by the Ministry of Health (80%). The third article described the experiences of undergraduate students of Nutrition and Nursing courses participating in an extension project of the Federal University of Rio de Janeiro, UFRJ-Macaé campus, in actions to promote healthy eating in the first year of life. An experiment was carried out based on the approach of educators (five scholars and two volunteers) who organized and carried out three educational actions: mini-course, workshop and waiting room, between 2016 and 2017; these are aimed at the general community, undergraduate academics, users and health professionals working in units of Macaé (learners). In two meetings, talk wheels were used as a strategy for the construction of dialogical practice with the educators participating in the three actions. Carried out in a playful and demonstrative way, the workshop was pointed out as the best strategy of food and nutritional education for the promotion of food in the first year of life, especially when it comes to the introduction of complementary feeding. Macaé therefore presented an optimistic evolution regarding exclusive

breastfeeding, which has been established for more than a decade, with emphasis on its policies and actions to promote, protect and support breastfeeding. In addition, for the complementary feeding, the results were equally positive and, once again, they pointed to the investments made by municipal management in encouraging healthy eating in early childhood; however, extensionist actions with the university-city partnership also deserved due recognition in helping to establish adequate feeding practices so important in the early stages of life.

Key words: Breastfeeding, Complementary Feeding, Health Promotion, Health Policy.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

CAPÍTULO 1

- Figura 1 Esquema ilustrativo do *imprinting* metabólico em etapas precoces da vida e sua relação com a elevação do risco para o excesso de peso. 30
- Figura 2 Demonstrativo do aumento crescente das prevalências globais de excesso de peso ao longo do curso da vida (ano 2018). 31
- Figura 3 Indicadores nutricionais de persistência da desnutrição e da coexistência das questões carenciais e do excesso de peso. 34
- Figura 4 Modelo conceitual: componentes de um ambiente favorável para a amamentação. 40
- Figura 5 Prevalências continentais e no mundo para os principais indicadores de aleitamento materno (AM). 42
- Figura 6 Ação em comemoração à Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM, 2014) na sede do Núcleo de Atenção à Mulher e à Criança (NUAMC) do bairro Aroeira, Macaé/RJ. 66
- Figura 7 Hora do Mamaço promovida pelo grupo Humanize Saúde, pelo Núcleo de Estudos da Saúde e Alimentação Materna e da Mulher (NESAM) do campus UFRJ-Macaé, pelas consultoras de amamentação da região e Mari Müller (contadora de história) em celebração ao Agosto Dourado de 2019. 68
- Figura 8 Palestra sobre a importância do aleitamento materno na ESF Aroeira em parceria com a Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (CATAN) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (campus UFRJ-Macaé) (2014). 69
- Figura 9 Exposição teórica no minicurso do III Inverno com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Julho de 2016). 80
- Figura 10 Montagem dos pratos referentes à alimentação complementar (AC) na oficina do IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Março de 2017). 83

CAPÍTULO 2

ARTIGO 1 Evolução do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 15 anos do século XXI: um estudo no município de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil

Tabela 1 Taxas de prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME) aos quatro meses de idade por ano de estudo. Macaé-RJ, 2001-2015. 122

Figura 1 Tendência das prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes menores de quatro meses de idade, Macaé-RJ, 2001-2015. 123

ARTIGO 2 Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil

Tabela 1 Marcadores de alimentação não saudável e saudável segundo faixa etária, de crianças entre 6-24 meses (n = 218) assistidas na Rede de Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/SISVAN Web, 2013. 132

Figura 1 Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de lactentes entre 6-12 meses (n = 101), assistidos na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/ DAB/CGAN/SISVAN Web, 2013. 133

Figura 2 Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de lactentes entre 12-18 meses (n = 58), assistidas na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/ DAB/CGAN/SISVAN Web, 2013. 134

Figura 3 Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de lactentes entre 18-24 meses (n = 59), assistidas na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/ DAB/CGAN/SISVAN Web, 2013. 135

ARTIGO 3 Ações de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida em Macaé

Figura 1 Fluxograma do minicurso oferecido no III Inverno com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Julho de 2016). 156

Figura 2 Fluxograma da oficina oferecida no IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Março de 2017). 158

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
AB	Atenção Básica
AC	Alimentação complementar
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AUP	Alimentos ultraprocessados
BLH	Bancos de leite humano
CATAN	Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Macaé)
CRA	Centro de Referência do Adolescente
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DHAA	Direito humano à alimentação adequada
DNCr	Departamento Nacional da Criança
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAN	Educação alimentar e nutricional
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAFIMA	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Macaé
FeMASS	Faculdade Municipal Miguel Ângelo da Silva Santos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSMA	Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora
HPM	Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IgA	Imunoglobulina A
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMC	Índice de massa corporal
LM	Leite materno
MI	Mortalidade infantil
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
NUAMC	Núcleo de Atenção à Mulher e à Criança
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto interno bruto
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNEP	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família

QI	Quociente de inteligência
RNB	Renda nacional bruta
RJ	Rio de Janeiro
SAN	Segurança alimentar e nutricional
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde (Macaé)
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISVAN Web	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Web
SMAM	Semana Mundial de Aleitamento Materno
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UENF	Universidade Estadual Norte Fluminense
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro (campus Macaé)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VAN	Vigilância alimentar e nutricional

APRESENTAÇÃO

Esta tese traduz a minha trajetória acadêmica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (campus UFRJ-Macaé), com início em 2013, como professora substituta, na própria área de Nutrição Materno Infantil e no campo de Políticas e Programas de Saúde e Nutrição. Tal atuação se estendeu até o fim de 2014; porém, o vínculo como pesquisadora colaboradora persistiu e culminou no ingresso, em abril de 2015, no curso de doutorado em Saúde da Criança e da Mulher, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/FIOCRUZ. A tese também reflete o meu compromisso para com o município de Macaé via o estabelecimento dos alunos estagiários em Nutrição Materno Infantil em apoio aos pertinentes serviços locais e atuação dos mesmos em projetos de pesquisa e extensão de contato direto com a comunidade.

Em 2016, retornei à docência na UFRJ-Macaé, desta vez, com vínculo efetivo, contribuindo para as disciplinas (específicas para a área designada em concurso): Estágio Supervisionado em Nutrição Materno Infantil e Bases da Dietética (módulo Nutrição Materno Infantil). Nos anos subsequentes, o estágio atendeu a uma demanda crescente de alunos e expandiu a sua atuação para diversos municípios adjacentes à Macaé. Além desta desafiadora realidade, pude colaborar com 2 projetos de pesquisa e 2 de extensão, os quais geraram trabalhos para diversos congressos e jornadas científicas, assim como orientações para trabalhos de conclusão de curso. O doutorado contribuiu para o meu avanço neste âmbito da pesquisa, desenvolvimento de projetos e de propostas para variados trabalhos acadêmicos. Tive a oportunidade adicional

de participar da estruturação e implantação da especialização *lato sensu* em Nutrição Materno Infantil e da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Básica. E futuramente, além de agregar como docente e pesquisadora de tais novos nichos de pós-graduação, pretendo coordenar um núcleo de pesquisa em continuidade à temática da educação alimentar e nutricional com foco no público infantil em promoção da alimentação saudável.

A presente tese é um desdobramento do projeto matriz “Amamenta e alimenta na Atenção Primária à Saúde do município de Macaé – Rio de Janeiro” e, nas próximas páginas, apresenta-se sob a forma de coletânea de artigos científicos. O capítulo 1 (Introdução) abrange a delimitação do tema, justificativa, objetivos, revisão da literatura, além do detalhamento metodológico e respectivas referências bibliográficas. O capítulo 2 traz três artigos devidamente publicados. O capítulo 3 descreve as considerações finais e segue com os pertinentes anexos e apêndices.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 Introdução, marco teórico, detalhamento metodológico e referências

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Marco teórico	26
1.1.1 Importância da alimentação nos primeiros mil dias de vida	26
1.1.1.1 <i>Aleitamento materno</i>	34
1.1.1.1.1 <i>Prevalência do aleitamento materno no Brasil e no mundo</i>	40
1.1.1.2 <i>Introdução da alimentação complementar</i>	44
1.1.1.3 <i>Ações educativas para a alimentação infantil saudável</i>	49
1.1.2 Políticas públicas de Saúde da Criança no Brasil	51
1.1.3 Histórico de ações na área materno-infantil em Macaé	63
1.2 Detalhamento metodológico	70
1.2.1 Detalhamento metodológico do 1º artigo	70
1.2.1.1 <i>Delineamento do estudo</i>	70
1.2.1.2 <i>Objeto da análise, população e fonte de dados</i>	70
1.2.1.3 <i>Cálculo das prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME)</i>	71
1.2.1.4 <i>Análise das tendências de AME</i>	72
1.2.1.5 <i>Pressupostos éticos</i>	73
1.2.2 Detalhamento metodológico do 2º artigo	74
1.2.2.1 <i>Delineamento do estudo</i>	74
1.2.2.2 <i>População de estudo e fonte de dados</i>	74
1.2.2.3 <i>Coleta de dados</i>	75
1.2.2.4 <i>Variáveis e indicadores do estudo</i>	76
1.2.2.5 <i>Análise de dados</i>	77
1.2.2.6 <i>Pressupostos éticos</i>	77

1.2.3 Detalhamento metodológico do 3º artigo	78
1.2.3.1 <i>Delineamento e objeto do estudo</i>	78
1.2.3.2 <i>Meios e instrumentos do trabalho educativo em saúde</i>	79
1.2.3.2.1 <i>Minicurso e oficina</i>	79
1.2.3.2.2 <i>Sala de espera</i>	83
1.2.3.2.3 <i>Prática dialógica com os educadores</i>	84
1.2.3.3 <i>Análise dos relatos de experiência</i>	85
1.3 Referências	86
CAPÍTULO 2 Artigos	105
Artigo 1 Evolução do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 15 anos do século XXI: um estudo no município de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil	105
Artigo 2 Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil	124
–	
Artigo 3 Ações de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida em Macaé	149
CAPÍTULO 3 Considerações finais	168
ANEXOS E APÊNDICES	171

CAPÍTULO 1 Introdução, marco teórico, detalhamento metodológico e referências

1 Introdução

Nos primeiros anos de vida, a alimentação é fundamental para o crescimento e ganho de peso, assim como para o desenvolvimento psicomotor e prevenção de doenças agudas e crônicas. Para tanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais, sendo exclusivo até o sexto mês de vida, quando é indicada a introdução da alimentação complementar (AC), a qual contribuirá para atender as necessidades nutricionais da criança nessa nova fase de desenvolvimento^{1,2}.

Na verdade, a amamentação e a AC estão previstas como as formas alimentares presentes no período mais importante, os primeiros mil dias, da concepção até os dois anos de vida, uma janela de oportunidades de impacto biológico, social e intelectual. Uma fase susceptível à programação metabólica e que determina o capital humano de cada indivíduo e acaba por demonstrar a relação essencial entre as primeiras práticas alimentares e saúde em longo prazo^{3,4}.

E, notoriamente, o AM é reconhecido como a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, além da mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. E não apenas a manutenção do AM é vital, como a introdução de alimentos seguros e acessíveis, culturalmente aceitos, em tempo oportuno e de

forma adequada, são fundamentais para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em saúde pública^{5,6}.

Entretanto, a OMS revela que apenas cerca de 38,0% de lactentes menores de seis meses de idade foram exclusivamente amamentados ao seio no período de 2007-2014 em garantia dos benefícios dessa prática^{7,8}. Em relatório atualizado, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em conjunto com a OMS, considerando 194 nações, reforçaram que apenas 40,0% das crianças menores de seis meses de vida são amamentadas exclusivamente; e somente 23 países apresentam taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) acima de 60,0%⁹.

E, no Brasil, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, aponta que a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41%; a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses); e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses). Constatou-se a introdução precoce de água, chá e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças, respectivamente – já no primeiro mês de vida. Ademais, foi detectado que, aproximadamente, um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Dentre as crianças de 9 e 12 meses, observou-se o consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e, especialmente, de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%)¹⁰.

De acordo com Boccolini et al.¹¹, a tendência dos indicadores de AM no país é ascendente, ou seja, as prevalências de AME em lactentes menores de 6 meses de vida aumentaram de 4,7% em 1986 para 37,1% em 2006; no

entanto, ocorreu relativa estabilização entre 2006 e 2013 (36,6%). Semelhante a tal período de análise temporal, cabe o destaque para Macaé, município ao norte do estado do Rio de Janeiro (RJ), em que pesquisas demonstraram que a prevalência do AME em lactentes menores de 4 meses entre 2007-2013 esteve acima de 70% sem maiores variações^{12,13}.

Quanto às práticas alimentares das crianças brasileiras, as mesmas estão muito aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável. Segundo Bortolini et al.¹⁴, considerando 4.322 crianças investigadas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (2006/2007), apenas 12,7% das crianças brasileiras de 6 a 59 meses consumiram verduras, 21,8% consumiram legumes e 24,6% consumiram carnes, diariamente. O consumo diário de frutas foi igualmente baixo (44,6%). Em contrapartida, verificou-se um consumo elevado de refrigerantes (40,5%), alimentos fritos (39,4%), salgadinhos (39,4%) e doces (37,8%), na frequência de uma a três vezes na semana. Corroborando com esses últimos achados, através de uma revisão sistemática com 16 artigos selecionados (publicados entre 2003-2013), Carvalho et al.¹⁵ concluíram que o consumo alimentar de crianças brasileiras é marcado por frequências elevadas de inadequação quanto ao aporte de micronutrientes, com destaque para ferro, vitamina A e zinco. Tais inadequações não se apresentam apenas sob o aspecto da deficiência, mas também por meio de excessos, como foi observado para o consumo energético.

O consumo alimentar inadequado desde a infância contribui para o desenvolvimento precoce de sobrepeso e obesidade, além de outras doenças crônicas associadas¹⁶. Uma situação alarmante que gera um alto impacto

financeiro para o sistema de saúde do país, sendo necessário ampliar as políticas e programas destinados à promoção da alimentação saudável no nível primário de saúde e no ambiente escolar, assim como investir na vigilância alimentar e nutricional (VAN) e em pesquisas de divulgação de tais dados estratégicos¹⁷⁻²⁰. Como um dado mais atual sobre a problemática da obesidade infantil, o relatório *Ending Childhood Obesity* (ECHO), publicado em 2016, ressalta a estimativa mundial de 41 milhões de crianças menores de cinco anos que estão acima do peso²¹.

As inadequações alimentares são um reflexo de práticas alimentares incorretas na infância, representadas, principalmente, pela interrupção precoce do AM, introdução inadequada da AC e consumo excessivo de produtos industrializados ricos em açúcares, gordura e sal¹⁵. Vale lembrar que a amamentação oferece ao lactente uma ampla experiência sensorial, o que facilita a aceitação da AC equilibrada com alimentos diversificados que irão formar as bases para hábitos alimentares saudáveis futuros^{22,23}.

Do ponto de vista estratégico, é importante destacar que, diferentemente do tema da introdução da AC no escopo da alimentação saudável, muito progresso foi alcançado quanto às políticas de promoção do AM ao longo dos últimos anos^{24,25}. E, conseqüentemente, a situação do AM no Brasil tem melhorado; porém, ainda há espaço para melhorias, além do imprescindível processo de monitoramento, o qual deve ser constante ao longo dos anos²⁶⁻²⁹. Contudo, o papel da educação alimentar e nutricional (EAN) é inegável no que diz respeito à promoção do próprio AM e de hábitos alimentares saudáveis desde a infância – em especial nos primeiros mil dias de vida. E suas ações são necessárias para o enfrentamento do atual quadro de morbimortalidade da

população, o qual tende a se agravar diante dos padrões de consumo outrora estabelecidos^{4,30,31}.

Justificativa

Devido ao rápido crescimento e às imaturidades fisiológica e imunológica, as crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, representam um grupo vulnerável em que práticas alimentares inadequadas podem acarretar prejuízos com a elevação das taxas de morbimortalidade infantil, assim como resultar em maior risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas na fase adulta³²⁻³⁴. Por isso, a nutrição nesse período da vida merece maior atenção e é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, sem carências, nem excessos nutricionais³⁵.

As práticas alimentares na infância devem, portanto, fornecer quantidade suficiente de alimentos com qualidade nutricional e sanitária para atender às necessidades nutricionais das crianças e garantir o desenvolvimento das mesmas ao potencial máximo^{36,37}. Não obstante, é de extrema importância a alimentação infantil de forma apropriada, a qual contribuirá para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis com reflexo não apenas em curto prazo, mas também na vida adulta, ao conquistar maior capacidade intelectual e produtiva^{16,38}.

Por seus inúmeros benefícios, o AM é igualmente importante nos países ricos e pobres e se estima que a sua ampliação possa prevenir 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano³⁹. Já a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na

prevenção de morbimortalidade na infância, considerando tanto a desnutrição, como o excesso de peso⁴⁰. Desta forma, assegurar a alimentação adequada das crianças na primeira infância deve ser um componente essencial da estratégia global para a segurança alimentar e nutricional (SAN) de uma população⁴¹.

Por fim, este estudo agrega um aspecto inovador ao tratar da realidade do município de Macaé/RJ, pouco retratada por pesquisas científicas até o presente momento, além de apresentar grande relevância ao expor o interesse em compreender a situação alimentar de um grupo populacional de alta vulnerabilidade em risco alimentar e nutricional. Ademais, estima-se contribuir para a elaboração e/ou reflexão sobre as políticas públicas e programas municipais de incentivo ao AM e de promoção das práticas alimentares saudáveis.

Objetivos

Geral

Estudar a situação de AM e práticas alimentares, em conjunto com as suas ações promotoras, em crianças menores de 2 anos assistidas pela Rede de Atenção Básica (AB) do município de Macaé/RJ.

Específicos

- Investigar a prevalência e a tendência temporal do AME em lactentes menores de 4 meses atendidos na AB de Macaé, entre 2001 e 2015;

- Analisar a situação da AC de crianças entre 6 e 24 meses no âmbito da AB do município de Macaé;
- Descrever ações de EAN voltadas à promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida e as respectivas experiências extensionistas pelo olhar de graduandos dos cursos universitários de Nutrição e Enfermagem e Obstetrícia.

A viabilidade para o desenvolvimento deste projeto originou-se da utilização dos dados da pesquisa “Amamenta e alimenta na atenção primária à saúde do município de Macaé – Rio de Janeiro”, realizada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (campus UFRJ-Macaé) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), Coordenadoria das Estratégias de Saúde da Família e Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (CATAN) de Macaé/RJ.

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Importância da alimentação nos primeiros mil dias de vida

A alimentação está intimamente associada à saúde, nutrição, crescimento e desenvolvimento infantis e conduzi-la de forma apropriada é fundamental para a criança, principalmente, no início do curso da vida⁴². Nos primeiros dois anos, a alimentação constitui um meio essencial para a garantia da sobrevivência, já que se trata de um período crítico em termos de segurança alimentar e nutricional⁴³. Nessa fase, as deficiências nutricionais ou práticas alimentares inadequadas podem ocasionar prejuízos imediatos à saúde da criança com a elevação da taxa de morbimortalidade infantil, assim como provocar danos futuros através do retardo do crescimento, comprometimento do desempenho escolar e contribuição para o desenvolvimento de doenças crônicas^{2,6}.

Os primeiros mil dias de vida é um período de janela de oportunidades que considera os 270 dias da gestação mais os 730 dias dos primeiros dois anos. Tal conceito surgiu como uma estratégia de saúde pública, a qual reconhece a nutrição e o desenvolvimento saudáveis como prioridades, sendo que qualquer falha em tais aspectos pode ocasionar danos ao longo de todo o ciclo vital e prejudicar o potencial humano. Para um estímulo adequado, as crianças devem ter um ambiente propício e acolhedor para estruturar um forte vínculo com os seus cuidadores, o que consolida as bases para um desenvolvimento pleno^{4,44}.

No campo nutricional, é importante destacar que, quando a criança não recebe aportes energético e proteico adequados para o seu metabolismo

fisiológico ou sofre pela má utilização diante da oferta nutricional, ela desenvolve um quadro de desnutrição. E a desnutrição infantil ocasiona infecções recorrentes e uma menor resposta terapêutica, além de, futuramente, associar-se com menor escolaridade em redução da produtividade e do capital humano^{3,45}.

A carência em si de micronutrientes essenciais, como o ferro, traz prejuízos funcionais ao organismo da criança, resultando em retardo do desenvolvimento e comprometimento da imunidade celular⁴⁶. E, dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta a segunda maior prevalência de anemia, sendo este agravo considerado um severo problema de saúde pública para as crianças em fase pré-escolar^{47,48}. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)⁴⁹, realizada em 2006, relatou a prevalência de 20,9% de anemia entre as crianças menores de cinco anos. Em contraste, mais recentemente, Pedraza e Rocha⁵⁰ conduziram uma revisão da literatura com a inclusão de 21 estudos sobre o estado nutricional do ferro, vitamina A e zinco, e encontraram a média ponderada de 42,7% para anemia, considerando os respectivos tamanhos amostrais pertinentes a 17 estudos. Tal prevalência média ponderada se assemelha às relatadas por demais estudos de base populacional⁵¹⁻⁵⁴.

Análises sistematizadas ressaltam, como principais fatores explicativos para a ocorrência de anemia, crianças de menor idade e de pior condição socioeconômica⁵⁵⁻⁵⁷. Contudo, especificamente para o público infantil, deve-se destacar, enquanto causa principal da anemia ferropriva, a alimentação inadequada, a qual pode ser exacerbada pelo desmame precoce, pela

introdução de alimentos inapropriados, pelo alto consumo de alimentos lácteos e baixo consumo de alimentos fonte de ferro com alta biodisponibilidade⁵⁸.

Ademais, a deficiência de vitamina A seria outro importante agravo nutricional para as crianças brasileiras, sendo que a PNDS (2006)⁴⁹ apontou a alarmante prevalência de 17,4%. E outros estudos confirmam prevalências preocupantes em relação à hipovitaminose A em crianças de distintas regiões do país^{59,60}. Na verdade, estimativas da OMS indicam que 122 países apresentam deficiência de vitamina A com significado inquestionável para a saúde pública em crianças pré-escolares⁶¹. Vale ressaltar a escassez de estudos sobre o estado nutricional da vitamina A e do zinco, envolvendo indicadores bioquímicos, a considerar dificuldades para a coleta de sangue em crianças, além de dificuldades técnicas e custos referentes às análises^{62,63}. Entretanto, tais estados carenciais não podem ser desmerecidos quanto à sua magnitude e seus fatores de risco dada a vulnerabilidade biológica e social do público infantil⁵⁰.

Em contrapartida, os excessos nutricionais também ocasionam prejuízos à saúde das crianças. O próprio excesso de calorias, em conjunto ao baixo consumo de alimentos ricos em nutrientes e fibras, são um dos fatores associados ao sobrepeso e obesidade, além da diminuição da atividade física⁶⁴. E, como repercussões negativas para a vida adulta advindas do excesso de peso estabelecido ainda na infância, estão comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e diabetes mellitus tipo 2, além de problemas ortopédicos e posturais⁶⁶⁻⁶⁸. Um reconhecido estudo de Baker et al.⁶⁹, com o acompanhamento de crianças dinamarquesas por 46 anos, observou que o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em

fase adulta aumenta proporcionalmente com o aumento do índice de massa corporal na infância.

Internacionalmente, a obesidade infantil está sendo considerada um dos mais graves problemas de saúde pública do início do século XXI²¹. No Brasil, tal modelo se repete, sendo que a prevalência de excesso de peso-para-estatura em crianças menores de 5 anos de idade foi de 7,3% pelos dados da PNDS⁴⁹. Da mesma forma, resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelaram um avanço quanto ao excesso de peso pelas prevalências encontradas nas crianças entre 5 a 9 anos em diversas regiões do país. As estimativas variaram de 32% a 40% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e, de 25% a 30%, nas regiões Norte e Nordeste. Esses dados significam que o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de um terço em ambos os sexos, excedendo em mais de 8 vezes a frequência de baixo peso (4,9%)⁷⁰.

Na verdade, um aumento do risco de sobrepeso e obesidade pode ser determinado em estágios precoces através de influências pré-concepcionais e, como já mencionado, no início do curso da vida (figura 1). O conceito que trata da importância dos primeiros mil dias tem por base que, durante a vida fetal e precoce, a desnutrição, potencialmente relacionada à insegurança alimentar, leva a mudanças fisiológicas e metabólicas com consequências negativas para o crescimento físico e para o capital humano, além de aumentar o risco futuro para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Como ilustração, há ampla evidência que correlaciona o baixo peso ao aumento de riscos para doença coronariana, derrame, diabetes e obesidade abdominal. O efeito adverso da má nutrição fetal quanto ao risco de DCNT pode ser amplificado pela falha de

crescimento nos primeiros anos após o nascimento e rápido ganho de peso mais tarde na vida^{3,71,72}.

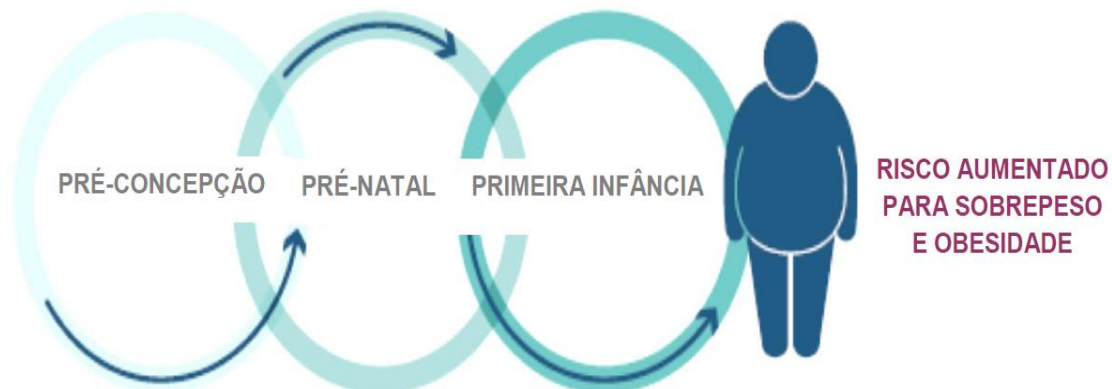


Figura 1. Esquema ilustrativo do *imprinting* metabólico em etapas precoces da vida e sua relação com a elevação do risco para o excesso de peso.

Outro mecanismo que aumenta as chances para o desenvolvimento de DCNT em fase adulta seria o excesso de peso ou ganho de peso em excesso durante a gravidez, o que aumenta o risco de diabetes gestacional, e de nascimento de um bebê grande para a idade gestacional (GIG) e isto, por sua vez, está ligado ao aumento do risco de sobrepeso e obesidade no futuro. Entretanto, independentemente do peso ao nascer, o ganho excessivo de peso na primeira infância é preditiva de sobrepeso e obesidade na adolescência e na idade adulta. Para frear o crescente problema do excesso de peso e impedir a sua perpetuação através das gerações, é necessária uma abordagem que contemple todo o ciclo de vida em garantia ao acesso de alimentos saudáveis, de composição nutricional adequada⁷³⁻⁷⁶.

O *imprinting* metabólico tem contribuído para a crise mundial de prevalências crescentes quanto ao excesso de peso, atingindo de forma

alarmante todos os grupos etários e em qualquer continente (figura 2)⁷⁷. Ademais, no mundo globalizado, as crianças estão crescendo em um ambiente obesogênico com a produção de respostas biológicas e comportamentais inadequadas diante de tal cenário. Esse ambiente se deve à exposição excessiva aos alimentos ultraprocessados (AUP) e com baixo valor nutricional através da respectiva propaganda e marketing, conjuntamente com a inatividade física diante do aumento do tempo dedicado à televisão e outras telas²¹.

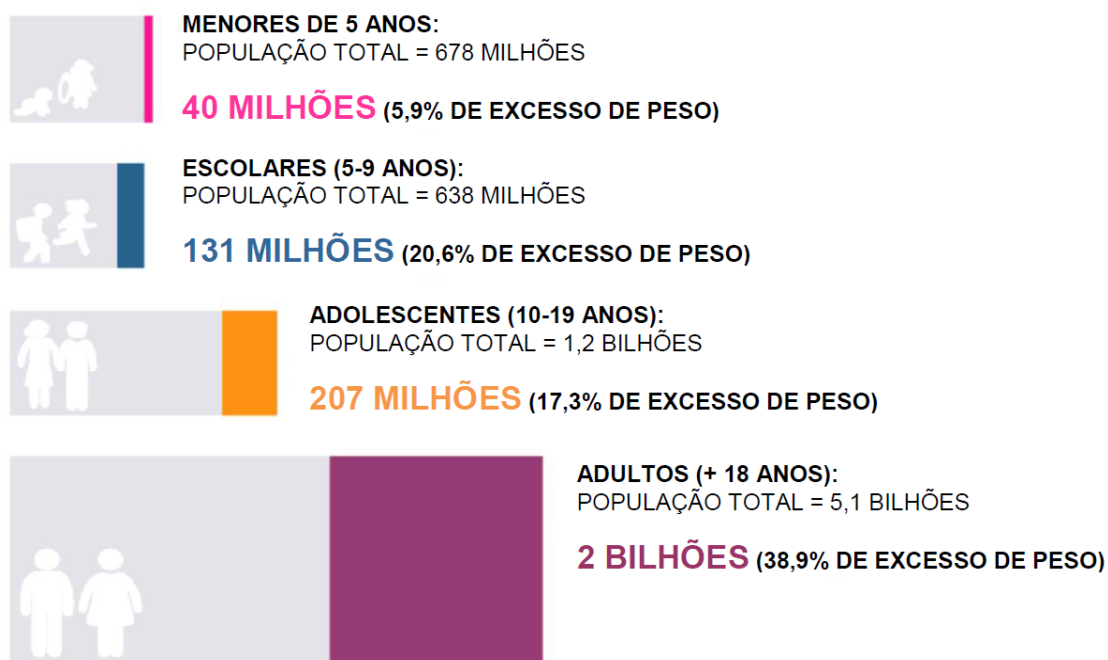


Figura 2. Demonstrativo do aumento crescente das prevalências globais de excesso de peso ao longo do curso da vida (ano 2018).

Esta nova realidade condiz com uma transição nutricional que, no Brasil, de acordo com Batista Filho e Rissin⁷⁸, ocorreu em quatro etapas, em que, na primeira, seria observado o desaparecimento da desnutrição edematosa (kwashiorkor), de alta mortalidade. A segunda etapa seria representada pela redução do marasmo, o qual apresentava associação importante com as

doenças infecciosas. Na terceira etapa, pôde-se observar o aparecimento do binômio sobrepeso/obesidade em escala populacional e a última etapa seria definida pela correção do déficit estatural.

Um dos principais determinantes dessa transição foi a substituição de alimentos caseiros e naturais por alimentos processados. Ademais, fatores como a globalização, o ritmo de vida acelerado, o poder de compra e o trabalho da mulher fora do lar também contribuíram para as mudanças ocorridas nos hábitos alimentares das famílias brasileiras^{79,80}. Para o público infantil, é extremamente importante destacar a influência do mercado publicitário, por meio de propagandas, embalagens e rótulos atrativos, os quais estimulam o consumo excessivo de produtos industrializados^{81,82}.

Os AUP apresentam alta densidade energética, excesso de gorduras totais e saturadas, maior concentração de açúcar e/ou sódio e baixo teor de fibras, ou seja, são nutricionalmente desbalanceados em comparação com os alimentos *in natura* ou minimamente processados^{80,83}. Ademais, os mesmos são hiperpalatáveis, de fácil transporte e com, geralmente, menor custo em relação aos minimamente processados, o que conduz ao seu consumo em excesso^{84,85}.

Um estudo recente avaliou o consumo alimentar, conforme o grau de processamento, de 770 crianças menores de 6 anos residentes na zona urbana de Pelotas (RS). Os autores observaram uma elevada participação calórica de AUP em detrimento do consumo adequado de alimentos *in natura* e minimamente processados. Entre as crianças menores de 24 meses, a contribuição dos AUP foi de 19,7% do total energético diário, sendo 12,9% de

alimentos classificados como “outros” (sucos industrializados, papas industrializadas, suplementos e fórmulas infantis em pó), seguidos por biscoitos (2,6%), pães (1,9%) e doces (1,8%)⁸⁶.

Cabe ressaltar, mais uma vez, a importância dos primeiros anos de vida quanto à gênese da obesidade, sendo que De Onis⁸⁷ destacou que estudos internacionais recentes mostram que a tendência com relação à obesidade infantil começa aos seis meses de idade. Gonzalez et al.⁸⁸ em análise de uma coorte de nascimentos de 1982, e reexaminada em 2006, evidenciaram que o ganho de peso intrauterino e nos primeiros 2 anos de vida estão associados a um aumento de deposição de gordura abdominal em adultos jovens.

E erros alimentares na fase inicial da vida atuarão, portanto, como determinantes para o estabelecimento da obesidade na infância, como o desmame precoce, o emprego de fórmulas lácteas incorretamente preparadas, a introdução de alimentos complementares não apropriados, como industrializados ricos em gorduras (inclusive trans), açúcar e sal⁸⁹⁻⁹¹. E aliado ao consumo inadequado de macronutrientes, a ingestão comprometida de micronutrientes e prejuízos de sua biodisponibilidade também podem potencializar as chances para o desenvolvimento de doenças⁹². Não obstante, em vários países de baixa e média renda, verificou-se a ocorrência da dupla carga da má nutrição, ou seja, a presença da desnutrição crônica e a deficiência de nutrientes essenciais convivendo com o problema crescente da obesidade. Por mais que as taxas de baixa estatura e desnutrição tenham reduzido ao longo dos últimos anos, as mesmas permanecem preocupantes e distantes das metas globais, além de coexistirem com a questão do excesso de peso (figura 3)⁹³.

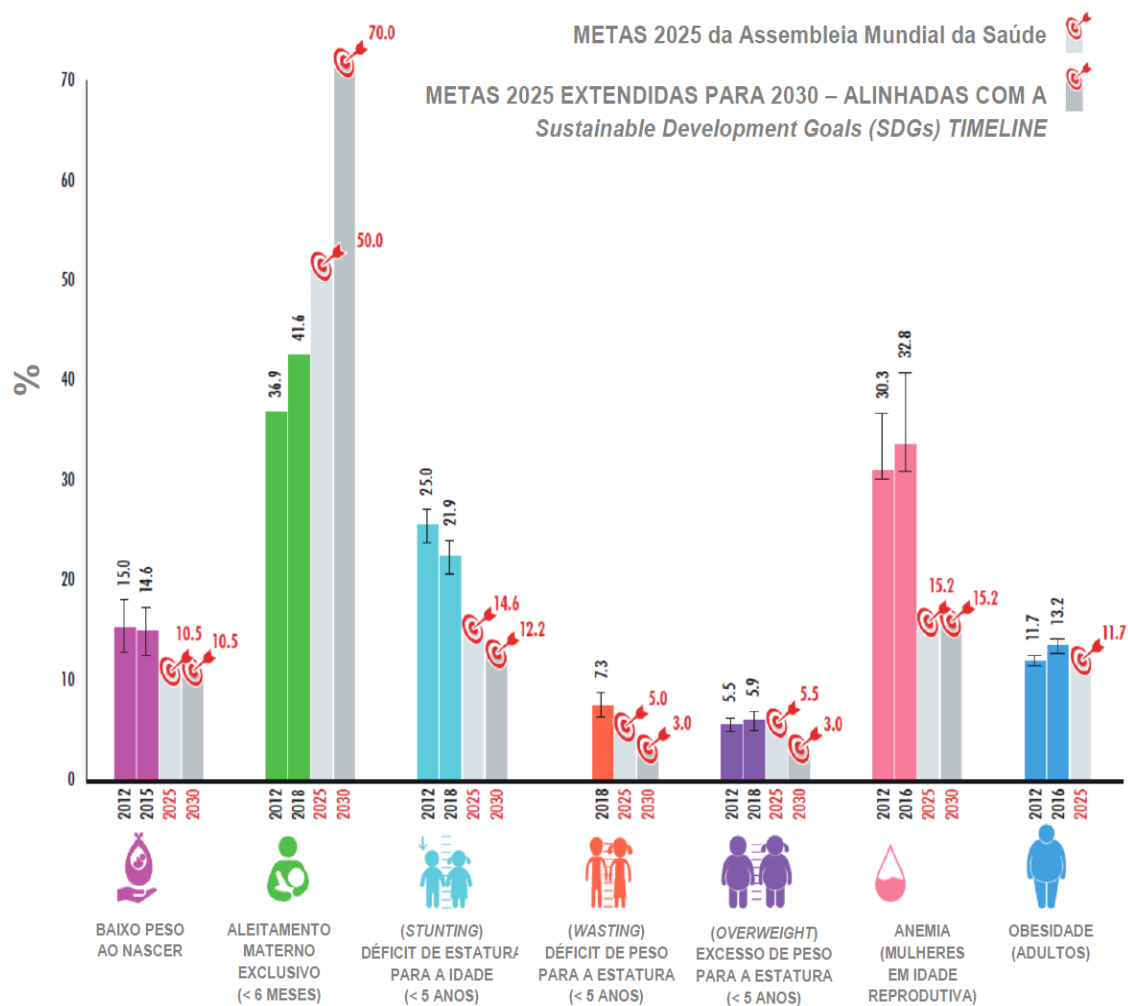


Figura 3. Indicadores nutricionais de persistência da desnutrição e da coexistência das questões carenciais e do excesso de peso.

1.1.1.1 Aleitamento materno

De acordo com estudos da OMS, UNICEF e da Academia Americana de Pediatria (AAP), é crucial investir no AM, pois não restam dúvidas de que se trata do alimento padrão-ouro para recém-nascidos, inclusive, a justificar a sua recomendação de forma exclusiva (ou seja, apenas o leite materno, sem a oferta de água, chás ou qualquer outro alimento) até o sexto mês de vida e, depois, complementado por alimentos saudáveis até os 2 anos de idade ou mais².

E vários documentos elaborados por tais renomadas instituições reconhecem que as vantagens do AM não são somente para os lactentes, como também para as respectivas mães, familiares e para a sociedade em geral. Esses benefícios para a saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças amamentadas ao seio são comprovados para diferentes realidades dentre os países do mundo, com associação à menor incidência ou gravidade de doenças como a diarreia, meningite bacteriana, infecções respiratórias, infecção urinária, rotavírus e outras viroses, otite média, botulismo, enterocolite necrosante, além dos possíveis efeitos protetores contra a síndrome de morte súbita, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, doenças alérgicas e outras doenças digestivas crônicas⁹⁴.

No universo das práticas alimentares, a amamentação possui uma importância especial e fundamental. O AM representa uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido através de um fluido complexo e de composição única, adaptado as suas necessidades e fisiologia. Ao mesmo tempo, portanto, em que nutre e protege a saúde, a composição dinâmica do leite materno (LM) permite o contato precoce da criança com a diversidade de sabores presentes na alimentação de sua mãe. O que tende a preparar a aceitação futura dessa criança, ou seja, o ato de amamentar vincula o filho à cultura alimentar materna e ao respectivo meio^{95,96}.

As evidências são crescentes ao apontar o LM como um valioso alimento funcional a partir de seus inúmeros efeitos fisiológicos e de repercussões positivas ao estado nutricional do lactente, como na sua saúde em curto e longo prazos^{97,98}. Através de uma revisão atualizada, relatórios publicados recentemente pela OMS (2013)^{99,100} reconhecem tais benefícios,

sejam os mesmos de impacto imediato, como pela comprovada redução da incidência e gravidade de infecções intestinais e respiratórias e menor risco de mortalidade nas crianças em AME, sejam pela proteção contra doenças crônicas.

Vasta literatura mostra a associação inversa entre o AM e a obesidade na infância e na idade adulta, sugerindo uma relação dose-efeito¹⁰¹⁻¹⁰³. Apesar de alguns estudos não terem confirmado essa associação, o efeito protetor do AM em relação à obesidade é biologicamente plausível, a considerar a adequação nutricional do LM, a atuação de seus fatores bioativos na regulação da ingestão alimentar e do metabolismo da criança, além das repercussões positivas da amamentação para o binômio mãe-filho e, conseqüentemente, no comportamento e hábitos alimentares futuros¹⁰⁴. Com relação ao diabetes mellitus tipo 2 e à hipertensão arterial, também existem hipóteses para o efeito protetor do LM através de uma possível programação do metabolismo da glicose, assim como da pressão¹⁰⁵⁻¹⁰⁷.

Embora inúmeros benefícios estejam vinculados ao AM, e esta seja uma prática biologicamente determinada, a mesma é condicionada por fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, os quais podem interferir em seu desfecho¹⁰⁸. Infelizmente, o mundo ainda não é um ambiente que apoia e possibilita a amamentação para a maioria das mulheres que assim desejam. Um obstáculo importante é a indústria de substitutos do LM, cuja representatividade e atuação mercadológica são crescentes e, diante do respectivo prejuízo ao AM, os custos econômicos e para a saúde são ignorados. Provavelmente pelo aumento do poder de compra, o Brasil

demonstrou uma das maiores elevações no mundo quanto às taxas de consumo de substitutos do LM¹⁰⁹.

Na verdade, são muitos os custos associados ao não amamentar. Ainda que conservadoras, as estimativas realizadas por diversos estudos apontam para substanciais ganhos econômicos com o AM¹⁰⁹. Por exemplo, o custo da cognição mais baixa parte da associação entre a maior duração da amamentação e o aumento do quociente de inteligência (QI). Um efeito dose-resposta que leva ao aumento da renda em países de alta, média e baixa renda^{110,111}. As perdas econômicas globais estimadas por déficits cognitivos associados com práticas de alimentação infantil em comparação com todas as crianças sendo amamentadas pelo menos até os 6 meses de idade somam 302 bilhões de dólares anualmente ou 0,49% da renda nacional bruta (RNB) do mundo. As perdas em países de baixa e média renda totalizam 70,9 bilhões de dólares, ou 0,39% de sua RNB, enquanto as perdas para países de alta renda são de 231,4 bilhões de dólares, ou 0,53% de sua RNB¹⁰⁹. Em magnitude, essas estimativas são similares às perdas na RNB atribuídas à anemia por deficiência de ferro, calculadas para cinco países de baixa ou média-baixa renda¹¹².

Já os efeitos potenciais do AM diante da redução da morbidade acabam por impactar de forma expressiva os custos em relação à assistência à saúde, considerando, por exemplo, o tratamento de cinco doenças infecciosas (otite média, diarreia, enterocolite necrosante, pneumonia e bronquiolite) diante do aumento de 10 p.p. (pontos percentuais) no AME até os 6 meses ou na amamentação continuada até 1 ou 2 anos. Para o Brasil, isso se traduziria em custos reduzidos de tratamento de pelo menos 1,8 milhões de dólares (valores

em dólares de 2012)¹⁰⁹. E, por fim, o custo ambiental previsto pelo prejuízo nas taxas de AM seria pela impressão ecológica que os substitutos do LM deixam, sendo que os mesmos necessitam de energia para a fabricação, materiais de embalagem, combustível para transporte e distribuição, além da água, combustíveis e agentes de limpeza para o preparo e uso diários – somam-se ainda os poluentes gerados nessa cadeia produtiva^{113,114}.

Ao promover o contato pele a pele e o vínculo afetivo entre mãe e filho, o início precoce da amamentação é uma das melhores formas de garantir o sucesso do AME¹¹⁵. O pós-parto imediato é um período de alta sensibilidade para o dado binômio em que ambos estão alertas e, por tal, configura-se como um momento propício para encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebês estão prontos para mamar e oferecer auxílio para esse processo¹¹⁶. E, devido às propriedades protetoras do colostro, especialmente quanto ao teor diferenciado de imunoglobulina A (IgA), o AM na primeira hora de vida reforça a redução das taxas de mortalidade neonatal ocasionada por infecções¹¹⁷⁻¹²⁰.

Entretanto, através de uma revisão sistemática com 20 estudos epidemiológicos selecionados, Boccolini et al.¹²¹ identificaram 36 fatores associados ao AME, com destaque para local de residência (residência na capital, na região metropolitana ou no meio rural), idade materna intermediária, escolaridade materna crescente, ausência de trabalho materno, idade da criança (decrecente), não uso de chupeta e financiamento da atenção primária à saúde (privado). Os autores buscaram uma maior homogeneidade populacional, restringindo-se ao contexto brasileiro, sendo que a maior parte dos estudos foi conduzida na região sudeste do país.

Quase todas as mulheres são biologicamente capazes de amamentar, mas é preciso considerar que algumas doenças, principalmente as causadas por vírus, podem ser transmitidas durante a amamentação. Cabe ao profissional de saúde identificar a nutriz com infecção viral ativa ou outra doença infecciosa e tomar a decisão de suspender ou não o AM. Outras doenças não-infecciosas podem impedir o AM de forma temporária ou definitiva devido às condições físicas da mãe, tais como patologias cardíacas, renais e hepáticas graves, psicose e depressão pós-parto grave¹²².

Contudo, excetuando-se das condições patológicas (de origem infecciosa ou não), reside o fato grave de que poucas mulheres são adequadamente apoiadas durante a amamentação. E persistem muitos mitos e crenças em relação ao tema, os quais agregam insegurança e contribuem para a culpabilização da mulher-mãe-nutriz¹²³. Além de que muitas não são contempladas por direitos da maternidade e ainda induzidas ao uso de substitutos do LM diante das dúvidas sobre a sua própria capacidade de amamentar. Inegavelmente, o AM contribui para um mundo mais saudável, mais educado, mais equitativo e mais ambientalmente sustentável. O que não condiciona o seu sucesso apenas à mulher, ou seja, a promoção do AM é uma responsabilidade coletiva, a qual engloba toda a sociedade em respeito aos seus determinantes em múltiplos níveis de atuação (figura 4)¹⁰⁹.

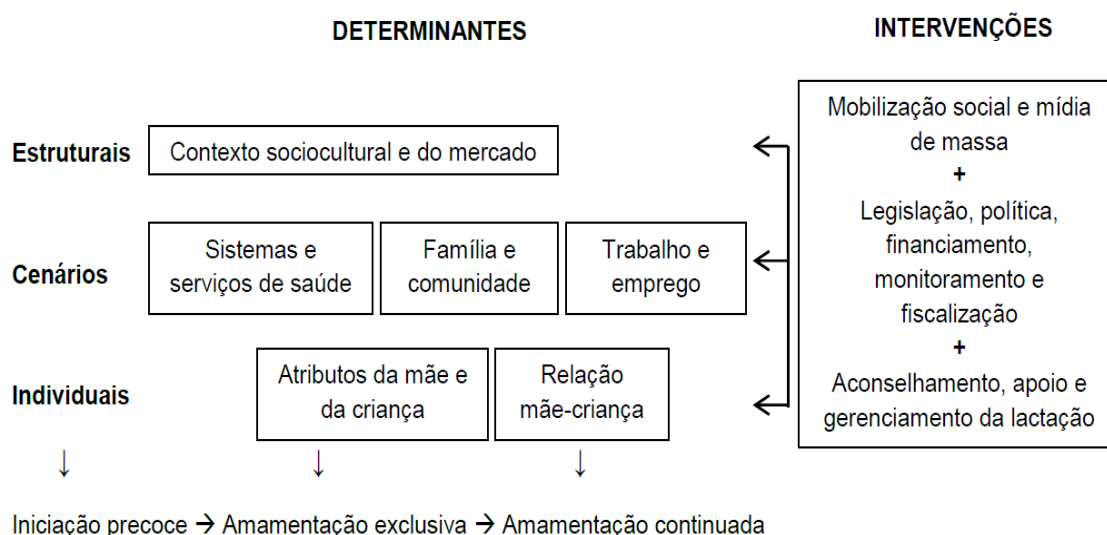


Figura 4. Modelo conceitual: componentes de um ambiente favorável para a amamentação.

1.1.1.1.1 Prevalência do aleitamento materno no Brasil e no mundo

Tanto as prevalências nacionais, como mundiais de AM, ainda que com tendência ascendente ao longo dos anos, estão distantes do ideal (MS, 2017 – base discussão política). Venâncio et al.²⁹ documentaram a tendência secular da amamentação no Brasil pela reanálise das bases de dados de sete pesquisas nacionais realizadas de 1975 a 2008. E encontraram que a prevalência do AME em lactentes menores de seis meses passou de 3,1% para 41% no período em questão. E, em contraponto ao panorama nacional, Cai, Wardlaw e Brown¹²⁴ realizaram uma atualização em tendências globais e regionais de AME de 1995 a 2010, aproveitando a riqueza do banco de dados global de alimentação infantil mantido pelo UNICEF. Os autores indicaram que a prevalência do AME entre as crianças com menos de seis meses de idade em países em desenvolvimento aumentou de 33% em 1995 para 39% em 2010. Tal prevalência aumentou em quase todas as regiões do mundo em

desenvolvimento, com uma maior melhora observada na África Ocidental e Central.

Mais recentemente, novas estimativas de amamentação exclusiva revelam um progresso em nível global com 41,6% de crianças menores de seis meses sendo exclusivamente amamentadas em 2018 (com base nos mais atualizados dados para cada país entre 2013 e 2018) em comparação com 37% das crianças em 2012. Em 2018, África e Ásia tiveram as maiores taxas de prevalência de AME com mais de duas em cada cinco crianças menores de seis meses se beneficiando desta prática⁷⁷. Para o cenário brasileiro, Boccolini et al.¹¹ descreveram uma análise renovada sobre a tendência dos indicadores de AM no país ao considerarem as últimas três décadas, incorporando informações provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde. Os mesmos destacaram que os indicadores de AM no Brasil mostram uma tendência ascendente até o ano de 2006, com uma estabilização alarmante (entre 2006 e 2013) incluindo as taxas de AME em menores de seis meses de idade.

Especificamente com relação às taxas de AM na primeira hora de vida, apesar da média global de 44% dos recém-nascidos, podem ser observadas dramáticas disparidades entre os países ao redor do mundo. Vale ressaltar que uma parceria entre organizações não-governamentais e instituições acadêmicas, liderada pelo UNICEF e pela OMS, visa ir além da meta da Assembleia Mundial da Saúde traçada até 2025 e seguir, portanto, o cronograma das *Sustainable Development Goals* (SDGs) para 2030. Tal Coletivo Global tem por objetivo melhorar as taxas de início precoce do AM para 70%; porém, dos 129 países com dados disponíveis, apenas 22 atendem atualmente essa meta. Com a referida taxa global de AME em menores de seis

meses em torno de 40%, apenas 23 países alcançaram pelo menos 60% de seus bebês vivenciando esta prática. Um problema que é particularmente visto nas Américas, onde apenas 6% dos países têm a taxa de AME acima de 60% (uma meta a ser atingida até 2030). Já as taxas de amamentação continuada são muito mais altas (74%) em um ano. Quase 40% dos países com dados disponíveis apresentam taxas acima de 80%. Na África, quase 70% dos países têm altas taxas de AM continuado em um ano, mas, nas Américas, apenas quatro países têm taxas tão altas. Aos dois anos de idade, o AM continuado cai drasticamente para 45%. Nenhum país das Américas demonstra uma alta taxa para este quesito. As metas coletivas para a amamentação continuada em um e dois anos são 80% e 60%, respectivamente (figura 5)¹²⁵.

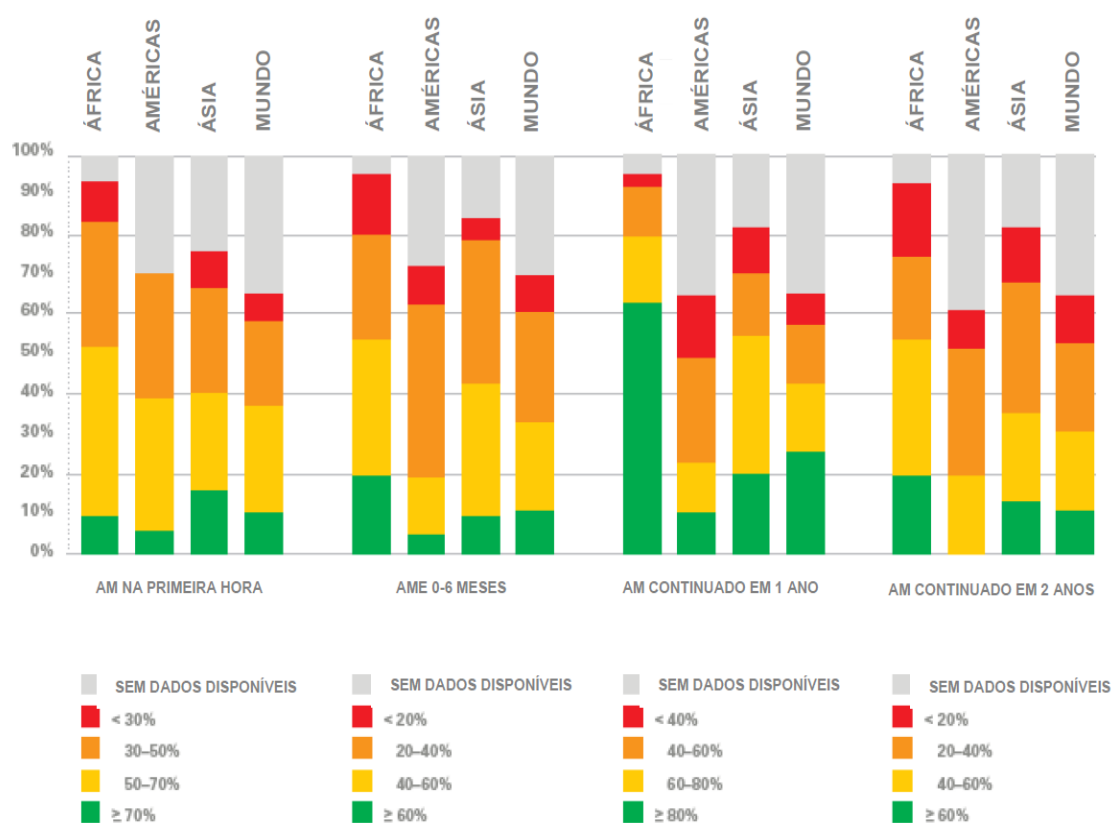


Figura 5. Prevalências continentais e no mundo para os principais indicadores de aleitamento materno (AM).

Regionalmente, tem-se o exemplo do estudo de Castro et al.¹²⁶, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, em que foi observada uma melhoria estatisticamente significativa dos padrões de AM em todas as classes sociais entre os anos de 1996 e 2006, sendo que o AME entre crianças com menos de 4 meses de idade aumentou de 18,8% em 1996 para 42,4% em 2006 e, para as crianças com menos de seis meses, passou de 13,8% para 33,3% em igual período.

Em Bauru, São Paulo/SP, o AME em lactentes menores de 6 meses aumentou de 8,5% em 1999 para 24,2% em 2006²⁷. Em Botucatu, no mesmo estado, o AME em menores de 4 meses aumentou de 19,1% em 1995 para 36,9% em 2004 e, para os menores de 6 meses, o aumento foi de 13% para 29,6%¹²⁷. Ao contemplar 18 municípios de Pernambuco, Caminha et al.²⁸ analisaram as prevalências de AME através dos dados obtidos em inquéritos populacionais realizados em 1991, 1997 e 2006 com 935, 2.081 e 1.568 crianças, respectivamente. No inquérito de 1991, não foram coletados dados sobre a prevalência de AME aos seis meses; porém, os autores verificaram que o AME em crianças menores de 6 meses aumentou de 1,9% em 1997 para 8,5% em 2006.

Um estudo transversal conduzido em 2013, com 429 mães de crianças menores de seis meses assistidas por unidades básicas de saúde (UBS) do município do RJ, demonstrou que, além da prevalência de AME de 50,1%, o trabalho materno com licença-maternidade esteve associado a uma maior prevalência deste desfecho¹²⁸. Outro estudo foi realizado de janeiro a julho de 2013 com uma amostra final de 363 puérperas atendidas em um ambulatório especializado de uma maternidade-escola, referência no atendimento em

ginecologia e obstetrícia da cidade de Fortaleza-Ceará. O mesmo constatou que foi predominante a prática do AME (76,6%), mas a sua frequência é maior nos primeiros meses de vida, decrescendo de 39,2% em crianças no primeiro mês para 19,8% no segundo mês, 17,3% no terceiro, 8,6% no quarto, 7,6% no quinto e 6,5% no sexto mês¹²⁹.

Diferentemente da situação do AM, tanto no âmbito mundial como nacional, e não menos importantes, indicadores da AC são escassos e, por muitas vezes, incompletas, sem informações precisas sobre qualidade, quantidade e frequência dos alimentos complementares oferecidos às crianças¹¹⁵.

1.1.1.2 Introdução da alimentação complementar

A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos complementares, já que, antes desse período, o LM é suficiente para suprir todas as necessidades nutricionais do lactente. Assim, a AC deve prover energia e outros nutrientes indispensáveis para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento nessa nova fase. Nessa idade, a criança apresenta maturidade fisiológica, prontidão neuromuscular e sensório-motora que permitem a oferta de alimentos em consistência semissólida, os quais devem ser seguros, culturalmente aceitos e economicamente acessíveis^{2,6,130,131}.

Dos 6 aos 24 meses, é um período crítico devido à vulnerabilidade nutricional, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a inacessibilidade aos alimentos, água, saneamento básico, assistência materno-infantil e baixa escolaridade materna quase sempre resultam em práticas alimentares inadequadas^{43,132}. E tal aspecto é muito preocupante,

considerando-se que um retardo no crescimento linear, além de agravos carenciais, estão associados ao comprometimento do desenvolvimento cognitivo e do desempenho escolar, da *performance* intelectual e capacidade futura de trabalho³.

Muitos são os erros que podem ocorrer na introdução da AC, como a própria oferta de alimentos inadequados, associada ou não à oferta insuficiente de frutas e hortaliças, o prejuízo da biodisponibilidade de micronutrientes essenciais para tal fase de desenvolvimento infantil, densidade calórica e consistência equivocadas das refeições, respectiva contaminação nas etapas de preparo e/ou armazenamento¹³³.

A obesidade seria outro problema proveniente de práticas alimentares inadequadas no primeiro ano de vida. A interrupção precoce do AM, o preparo incorreto de fórmulas lácteas e o uso excessivo de farináceos e açúcar, como todo o comprometimento da qualidade nutricional e quantidade referentes aos alimentos oferecidos, podem colaborar para o estabelecimento do excesso de peso e alterações metabólicas que aumentam a susceptibilidade para doenças em longo prazo¹³⁴.

É pertinente ressaltar que tanto a introdução precoce dos alimentos complementares, como a realizada tardiamente, são prejudiciais ao lactente. A primeira forma pode favorecer a obesidade infantil, como já mencionado, e comprometer a produção e ingestão de LM, impactando na proteção às infecções e elevando o risco de desnutrição, deficiências nutricionais e de reações alérgicas¹³⁵. E a introdução tardia pode levar a deficiências de energia,

proteína, ferro, zinco e vitamina A com consequente desaceleração do crescimento e diminuição da resistência imunológica¹³⁰.

Além das questões quantitativa e qualitativa, a forma como o responsável/cuidador alimenta a criança, assim como as estratégias utilizadas pelos mesmos para o dado estímulo à alimentação, são fundamentais e decisivas na formação do hábito alimentar. O destaque cabe à alimentação responsiva, em que o cuidador assume a responsabilidade de ser sensível aos sinais de fome e saciedade da criança perante as refeições, evitando tensões negativas. A interação positiva a cada refeição com o devido respeito às necessidades, não unicamente nutricionais, mas emocionais dos filhos, os ensina a comer com autonomia, sem distrações e com reais interações familiares à mesa, como um momento prazeroso¹³⁶.

Garcia et al.¹³⁷, ao estudarem 165 crianças de 6-24 meses da Amazônia Ocidental Brasileira, encontraram um baixo consumo de frutas, hortaliças e carnes com o consumo excessivo de leite de vaca e mingau, o que resultou na prevalência de 12% para déficit de estatura/idade e de 40% para anemia. Os autores também encontraram 20% das crianças de 6 a 8 meses se alimentando exclusivamente de líquidos.

Um estudo com crianças menores de dois anos de idade residentes nos 14 municípios mais carentes do Estado da Paraíba encontrou um importante percentual de desmame (20,7%) nos menores de 6 meses. E, para as crianças entre 12-23,9 meses, a prática alimentar caracterizou-se essencialmente pelo consumo de leite não materno (73,8%), seguido do pão e da bolacha (64,2%) e

mingau ou papa (60,4%), ou seja, com o consumo insuficiente de alimentos fontes de ferro¹³⁸.

Mais recentemente, Longo-Silva et al.¹³⁹, estudando 636 crianças de 0 a 36 meses matriculadas em berçários/creches públicas na cidade de SP, verificaram que o refrigerante foi consumido antes do primeiro ano de vida por mais da metade (53,8%) das crianças e o suco industrializado, por quase dois terços delas (62,9%). Igualmente preocupante, estudo também realizado em SP, nos berçários de creches públicas/filantrópicas, com 366 crianças (de nove a 36 meses), verificou que o *petit suisse* e o macarrão instantâneo foram consumidos por 89,6 e 65,3% das crianças, respectivamente, antes de completarem 1 ano de idade¹⁴⁰.

No noroeste de Goiânia, Schincaglia et al.¹⁴¹ analisaram as práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre 362 crianças menores de 6 meses, nascidas na maternidade da região. E os autores apontaram, ainda no primeiro mês, o consumo de chás (32,6%) e água (19,1%). No quarto mês, manteve-se acentuado o consumo de água (54,1%) e chás (31,5%), além de acompanhado de outros leites (18,0%) e sucos (11,5%). E, na cidade do RJ, Castro et al.¹⁴² descreveram a introdução de alimentos no primeiro ano de vida e sua associação com o índice de massa corporal (IMC) para idade entre 132 pré-escolares (2-5 anos) de uma creche comunitária. Interessantemente, observaram uma associação positiva do IMC para idade com o consumo de mingau ($\beta = 0,0080$; IC95% = 0,003-0,015; $p = 0,043$) e negativa ($\beta = -0,001$; IC95% = -0,002 – -0,003; $p = 0,016$) com o escore de AC, de forma que um escore baixo da AC indica que houve introdução precoce de alimentos.

Na verdade, trabalhos têm mostrado que as crianças brasileiras, especialmente as menores de cinco anos de idade, apresentam um padrão alimentar não saudável com a introdução precoce de alimentos açucarados na dieta, predominantemente, antes dos seis meses de vida¹⁴³. O que resulta no sobrepeso e na obesidade, para além de altas prevalências de deficiência de micronutrientes, como as de anemia (20,9%) e de inadequação de vitamina A (17,4%) em menores de 5 anos, pelos já mencionados dados da PNDS (2006). Faces opostas que expõem o comprometimento da segurança alimentar e nutricional (SAN) no país, sobretudo, entre as crianças e adolescentes e que, igualmente, denunciam a ausência de proteção, promoção e provimento do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)^{5,10,144}. Por isso, os cuidados relativos à alimentação e à nutrição na AB devem envolver a educação e a vigilância alimentar e nutricional (EAN/VAN) com a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a prevenção e o cuidado integral dos agravos nutricionais e, de forma transversal, ações técnicas e políticas públicas, de caráter amplo e intersetorial^{10,34,145}.

Como terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)¹⁴⁶, aprovada em junho de 1999 pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, a VAN corresponde à descrição contínua e à predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, assim como de seus fatores determinantes. Abrange atividades de rotina, coletas e análises de dados e informações para descrever as condições alimentares e nutricionais da população. E, a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), são embasadas decisões políticas no sentido de auxiliar no planeja-

mento, monitoramento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e nutricionais da população¹⁴⁷.

No texto atual da PNAN, a EAN também está presente, e de maneira transversal, em todas as suas diretrizes. Destaque para as diretrizes 1 e 2, de "Organização da Atenção Nutricional" e "Promoção da Alimentação Adequada e Saudável", em que a EAN está direcionada tanto para a promoção, prevenção, como para o tratamento individual e coletivo de agravos; e para a diretriz 9 de "Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional", em que o aspecto educativo também está atrelado ao incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável¹⁴⁸.

1.1.1.3 Ações educativas para a alimentação infantil saudável

Por muitos anos, nos mais diversos cenários, as ações de incentivo ao AM e à AC de forma adequada e saudável vêm ocorrendo; porém, a temática referente à introdução da AC ainda caminha de forma crescente na agenda nacional de saúde pública¹⁴⁹. Em cada ação educativa, não apenas o público-alvo é beneficiado, mas a EAN também contribui com a formação, atualização e capacitação de profissionais de saúde e de graduandos da área¹⁵⁰. Estes, como educandos, passam pelo empoderamento e se tornam multiplicadores críticos do novo conhecimento recém-adquirido^{151,152}.

Cabe destacar que a educação popular traz inspirações teóricas e tecnologias sociais relevantes capazes de oportunizar o desenvolvimento de profissionais com postura ética e humana comprometida com ações de promoção da saúde e da alimentação saudável em caráter ampliado. Por sua

perspectiva dialética, a educação popular subsidia bases para se questionar a aplicação tradicional das ciências, reivindicando processos educativos que possam garantir uma atuação de uma ciência comprometida com a geração de processos emancipatórios¹⁵³.

Pellegrine et al.¹⁵⁴ adotaram os princípios da educação popular em saúde para promover a doação de LH em uma UBS do município do RJ. Todo o processo contou com a capacitação dos profissionais da unidade, com os grupos educativos com as nutrizes, a captação e seleção das doadoras, assim como a coleta, a conservação, o transporte do leite doado até os bancos de leite humano (BLH). O trabalho respeitou características básicas à amorosidade, ao vínculo e à troca entre os profissionais e as doadoras. As mesmas eram captadas nos grupos de gestantes, nas orientações às puérperas, nas salas de espera, e por toda a equipe, a todo o momento na UBS e também fora dela, nas visitas domiciliares. Constatou-se positivamente que assim que aumentava o vínculo das nutrizes com os profissionais da UBS, aumentava o número de doadoras e também de LH doado.

Com foco na AC, Martins et al.¹⁵⁵ desenvolveram uma estratégia educativa sobre hábitos alimentares e utilização dos alimentos regionais para um grupo de famílias da zona rural do município de Maranguape, Fortaleza - Ceará, a qual sofre com as desigualdades sociais. Uma intensa troca de saberes foi promovida através de rodas de conversa, cada uma com duração de uma hora, durante quatro dias. Verificou-se que os alimentos regionais eram subutilizados e, com novas receitas divulgadas e degustadas, os mesmos puderam ser inseridos nos cardápios das crianças. O papel das relações estabelecidas no cotidiano das unidades de saúde contribuíram para o

processo de mudança social e empoderamento das mães. E isso apenas foi possível pelos trabalhadores envolvidos atuarem sob a lógica da integralidade das ações de saúde, aptos a compreender a realidade de vida daquela população, criar vínculos e trabalhar em equipe, priorizando a promoção da saúde de maneira dialógica, crítica e reflexiva.

Por fim, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP) visa implementar a educação popular em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo-a como uma prática político-pedagógica orientadora de processos educativos e de trabalho social emancipatório, buscando levar a autonomia às pessoas e a horizontalidade entre os saberes técnico-científicos e populares e considerando fundamental o respeito à diversidade, o enfrentamento das desigualdades sociais e de qualquer forma de discriminação e opressão¹⁵⁶. Tal política desempenha uma importante contribuição ao corroborar com a promoção da SAN e, por sua vez, em garantia ao DHAA¹⁵⁷.

1.1.2 Políticas Públicas de Saúde da Criança no Brasil

Por um longo período, as crianças não tinham as suas necessidades e particularidades reconhecidas socialmente, seja pela família ou pelo Estado. Tais autores não enxergavam a infância como uma fase relevante do ciclo da vida e, somente com o avançar dos séculos, uma nova percepção passou a exigir transformações sociais, econômicas e políticas²⁴. Entretanto, antes de se alcançar uma profunda queda da mortalidade infantil (MI) através de mudanças nas políticas públicas de assistência, a história social da criança revelou

precárias condições de saneamento e nutrição, além da crueldade, indiferença e abandono^{66,158}.

A partir da década de 1920, o adoecimento infantil recebeu atenção por parte das autoridades públicas e privadas, deixando de ser unicamente uma preocupação das entidades caritativas. Em tal época, a criança passa a receber assistência médica como dependente do trabalhador industrial e discussões sobre AM começam a vigorar, assim como o seu estímulo a evitar o adoecimento infantil e reduzir o absenteísmo das mães trabalhadoras²⁴.

Após tal motivação inicial, entre 1930 e 1940, pela crescente relação entre entidades patronais e a administração pública, iniciaram-se os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Houve, portanto, um avanço estatal quanto à assistência materno-infantil com algumas atividades educativas e de vigilância destinadas à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal; contudo, ações de caráter meramente curativo em relação à saúde da criança¹⁵⁹.

Em 1953, com a separação dos Ministérios da Educação e da Saúde, este último assumiu a responsabilidade do DNCr e diversos marcos se seguem com destaque para a criação, em 1970, da Coordenação de Proteção Materno-Infantil com a proposta de planejamento, orientação, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Vale ressaltar que, nesse período, os índices de MI encontravam-se altos e alarmantes, considerando que apenas intervenções pontuais eram realizadas frente às condições agudas enfrentadas pelas crianças. E, diante disso, na tentativa de

reduzir as taxas de morbimortalidade, na década de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, o qual previa ações preventivas, mas as mesmas eram pautadas em métodos centralizadores que desconsideravam a diversidade regional do país¹⁶⁰.

Com a intenção de modificar, portanto, a assistência à saúde da criança no país, em busca do cuidado integral, nos anos de 1980, identificou-se enquanto necessário o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças. E assim foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cujos serviços deveriam solucionar todas as questões relacionadas à saúde materno-infantil. Para este fim, cinco ações básicas foram estabelecidas: AM e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil^{160,161}.

Nesse contexto, um programa de destaque, instituído em 1981, foi o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno instituído com o objetivo de incentivar o AM e reduzir o desmame precoce. Como um modelo nacional e internacional, suas amplas ações visavam à promoção, proteção e apoio à amamentação e incentivou o debate sobre aspectos como o trabalho da mulher e a publicidade dos alimentos infantis industrializados. Surgiram propostas como a implantação do alojamento conjunto, o início da amamentação imediatamente após o nascimento, a criação de leis sobre creche no local de trabalho e o aumento do tempo da licença maternidade¹⁶².

A partir de 1984, a manutenção da saúde da criança interligada à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil foi reavaliada e o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil, especificamente, pelo cenário de altas taxas de mortalidade na época. Através da qualificação da assistência e maior cobertura de serviços, o programa tinha como objetivo promover integralmente a saúde, priorizando as crianças de grupos de risco. E, paralelamente, no mesmo ano, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) enfatizou as ações dirigidas ao controle das doenças e agravos prevalentes no público feminino. Ações do PAISM como a assistência pré-natal e o planejamento familiar tiveram particular repercussão sobre a saúde da criança^{161,163}.

Na verdade, na década de 1980, houve a ampliação do conceito de saúde ao relacioná-la com alimentação, moradia, renda, educação e lazer, ou seja, um avanço resultante do movimento de reforma sanitária, o qual estava inserido no processo de redemocratização do país. E, de forma geral, as décadas de 1980 e 1990 trouxeram muitas conquistas sociais como a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990. Todos esses marcos históricos contribuíram para transformações no modelo de saúde brasileiro, como para a saúde da criança ao proporcionar um expressivo declínio da MI¹⁶⁴⁻¹⁶⁶.

E diante do reconhecimento constitucional quanto ao papel do Estado brasileiro na garantia do direito à saúde da população, os princípios de universalidade, equidade e integralidade fundamentaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi decisivo para o acesso de bens e serviços

por parte dos grupos mais vulneráveis da população. Não obstante, a concepção organizativa do SUS configura um desafio para a assistência à mulher e à criança, considerando a descentralização quanto à utilização de recursos e das demais competências vinculadas às ações e serviços de saúde, além da fiscalização do Estado e do controle social^{165,166}.

Outro marco fundamental na história da saúde da criança ocorreu em 1990, quando o Brasil ratifica os preceitos da Convenção Internacional dos Direitos da Criança ao promulgar, em 13 de julho de tal ano, a Lei Federal nº 8.069 conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁶⁷. Através do mesmo, os envolvidos passaram a adquirir de amplos direitos de proteção das integridades física e psicológica, lazer e bem-estar com o amparo familiar, da comunidade e do Estado¹⁵⁹.

Em 1991, com a implantação, pelo MS, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), a saúde da criança foi efetivamente potencializada. O PACS inspirou-se nas vivências de prevenção de doenças através de atividades desempenhadas por pessoas pertencentes à comunidade, indicando uma meta para reorganização dos serviços de saúde. Para tal reestruturação da Atenção Primária nos municípios, o PSF foi inicialmente concebido como um programa de saúde e, em momento posterior, foi ampliado e denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta renovação vislumbrou a transformação do modelo hegemônico centrado na medicalização para um modelo focado na promoção da saúde, via equipe interdisciplinar, e na participação comunitária¹⁶⁸.

Em 1998, utilizando como estratégia central a ESF, foi desenvolvido o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo DATASUS, cujo objetivo era agregar, armazenar e processar informações relacionadas à AB. A partir das informações coletadas pelo SIAB, o MS toma decisões de gestão da AB em nível nacional. Além disso, o sistema faz parte da necessária estratégia local, pois contém dados mínimos para o diagnóstico da saúde da comunidade, das intervenções realizadas e dos resultados alcançados. Para a saúde da criança, diversos dados importantes são fornecidos pelo sistema, como informações sobre: nascidos vivos, óbitos infantis e causas específicas, hospitalizações de crianças menores de cinco anos, e sobre AM (exclusivo e misto) dentre crianças menores de quatro meses. Também é possível resgatar dados referentes à vacinação, desnutrição e casos de diarreia e de infecção respiratória aguda notificados para crianças menores de dois anos¹⁶⁸.

Retornando ao ano de 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a fim de organizar a assistência perinatal, responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido. E, com a regionalização do atendimento, objetivou-se prover a melhoria da qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido, instituindo o alojamento conjunto e incentivando o AM¹⁶⁹.

Vale o destaque para a aprovação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), em 1992, o que representou um marco importante para a história do AM no Brasil, pois a mesma se tornou um instrumento legal para regular a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que estão à venda como substitutos ou complementos do LM, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras³⁰.

Ademais, com o desafio de cumprir as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, o Ministério da Saúde lançou, em 1995, o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI). Com o objetivo de redução dos óbitos infantis e de melhoria da situação de saúde das crianças, foi proposta a intensificação dos diversos programas governamentais, além da articulação intersetorial com instituições internacionais, tais como o UNICEF e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organizações não-governamentais, sociedades científicas, conselhos de secretários de saúde e a sociedade¹⁷⁰.

No mesmo ano, a garantir o direito da criança à assistência humanizada e com o devido incentivo, promoção e apoio ao AM, o MS lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada pela OMS e UNICEF, em 1990, no encontro que gerou a Declaração de Innocenti. A iniciativa emergiu em contraste ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e de práticas curativas para assistência obstétrica e neonatal. Assim, a IHAC quis propor modificações nas condutas e rotinas hospitalares e de maternidades, proporcionando autonomia para o binômio mãe-bebê, principalmente, no que se refere ao parto humanizado, AM e, conseqüentemente, na redução de doenças e MI. E, no Brasil, já está bem documentada a influência positiva da IHAC nas taxas de prevalência de AM. Em 2014, dados do MS mostram 323 instituições credenciadas nos diversos estados e Distrito Federal¹⁷¹.

Em decorrência da diversidade regional existente no país, em 1996, foi adotada, principalmente pelas regiões Norte e Nordeste, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), como uma estratégia para a redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos¹⁷². Foi uma forma

de organizar o atendimento à criança em sintonia com a Atenção Primária, em busca da qualidade na assistência, com medidas de promoção e prevenção aliadas às práticas curativas. Adaptada para o Brasil, a partir de materiais da Organização Mundial de Saúde (OMS), tal abordagem estabeleceu como foco de ação o conjunto de doenças de maior prevalência na infância^{173,174}.

No início dos anos 2000, foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, em garantia ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto no escopo da gestação de baixo como de alto risco. Ressalta-se que, em setembro de 2000, o Brasil assumiu, internacionalmente, com mais 189 países membros das Nações Unidas, a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir dois terços da MI até o ano de 2015, ou seja, apresentar em tal ano um índice de MI de 15,9/1000 nascidos vivos (NV)¹⁷⁵.

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual indicava ações que tinham o intuito de fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate aos distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância. E, para a co-responsabilização governamental e da sociedade, também foi proposto o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal enquanto modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos objetivos do milênio¹⁷⁶.

Em 2006, a redução da MI como política de governo foi ratificada ao ser incluída entre as prioridades operacionais do Pacto pela Vida. Em 2008, foi

lançado pelo MS o ambicioso programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, contemplando diversas medidas e metas. Esse conjunto de iniciativas buscou aprofundar e atualizar os objetivos da criação do SUS, diante dos novos desafios e dimensões vigente¹⁷⁷. No eixo “promoção da saúde”, uma das medidas direcionada ao público infantil foi a implantação da política “Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”. Essa iniciativa prevê um novo enfoque de política pública voltada para a criança nos primeiros anos de vida, seus cuidadores e a rede social que a cerca, considerando a associação entre os determinantes sociais da saúde e o favorecimento à criação de um ambiente facilitador à vida¹⁷⁸.

E, com o objetivo de estabelecer uma estratégia nacional para promoção, proteção e apoio ao AM, em 2008, o MS lançou a Rede Amamenta Brasil, sendo que, até então, não havia uma política nacional voltada à AB. De forma inovadora, a Rede adotou, como referencial teórico, a educação crítico-reflexiva dos profissionais de saúde e abrangeu UBS, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família como locais para incentivo à amamentação no âmbito do SUS¹⁶⁰. O estudo de Passanha et al.¹⁷⁹ foi o primeiro a demonstrar que os locais de acompanhamento ambulatorial públicos e certificados na Rede mostraram-se associados à maior prevalência de AME em amostra representativa de crianças menores de 6 meses em Ribeirão Preto, SP.

Em junho de 2011, foi implantada, pelo MS, a Rede Cegonha, a qual envolve uma rede de cuidados a garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, assim como objetiva fornecer o cuidado integral à criança no nascimento, e para o crescimento e desenvolvimento

saudáveis. Entre suas ações, a Rede Cegonha propõe ampliar o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, com a oferta de transporte adequado em tal período e no momento do parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, obtendo-se sempre vaga para a gestante e para o bebê; realização de parto e nascimento seguros por práticas eficientes e humanizadas; acompanhante no parto, de livre escolha da mulher; atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e, por último, acesso ao planejamento reprodutivo¹⁶⁰.

Inserida na Rede Cegonha, em 2013, o MS instituiu a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) com o propósito de integrar a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Para tanto, busca intensificar a promoção do AM e alimentação saudável para crianças menores de dois anos e fortalecer as ações assistenciais a partir da qualificação no processo de trabalho dos profissionais da saúde².

Como mais uma conquista para as crianças brasileiras, em 05 de agosto de 2015, foi publicada a portaria nº 1.130, a qual institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Por quatro anos, a proposta da PNAISC foi discutida através de um grande processo participativo de articulação interfederativa, envolvendo o MS com as Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais de Saúde e Municipais das capitais, com o apoio metodológico da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). A PNAISC reúne um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, somando-se às iniciativas e

diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança^{6,180}.

Entre as políticas, programas e ações que dispõem de instrumentos normativos ou legislação específica com repercussões importantes na saúde da criança, vale ressaltar a implantação do Alojamento Conjunto^{181,182}, a Humanização do Pré-natal e Nascimento¹⁸³, o Método Mãe Canguru¹⁸⁴, os Bancos de Leite Humano (BLH)^{185,186}, as Normas para comercialização de alimentos infantis¹⁸⁷, a Triagem Neonatal¹⁸⁸, o Projeto Nascer – relacionado à transmissão vertical da sífilis/HIV¹⁸⁹, as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários Neonatais¹⁹⁰, a distribuição da Caderneta de Saúde da Criança a todas as crianças nascidas em território brasileiro¹⁹¹, a vigilância ao óbito infantil e fetal¹⁷⁷, entre outras¹⁶⁶.

Além disso, cabe o destaque para o espaço escolar como campo de promoção da saúde e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), implantado em 1955, foi o programa social mais antigo do país implementado na área de educação. O mesmo se relaciona diretamente com a saúde da criança ao contribuir para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem, o rendimento escolar dos estudantes e a formação de hábitos alimentares saudáveis, por meio da oferta da alimentação escolar e de ações de educação alimentar e nutricional¹⁹². E o Programa Saúde na Escola (PSE) reafirma a relação antes mencionada, sendo que a articulação entre escola e Rede Básica de Saúde é a base de tal programa, instituído em 2007, e que prevê ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de atenção à

saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino^{193,194}.

Atualmente, ao considerar os compromissos assumidos pelo governo e o diagnóstico epidemiológico das condições de saúde das crianças brasileiras, a área de saúde da criança elegeu como prioritárias as seguintes linhas de cuidado: incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento; atenção à saúde do recém-nascido; promoção, proteção e apoio ao AM; vigilância da MI e fetal; e prevenção de violências e promoção da cultura de paz¹⁶⁰. É importante salientar que o Brasil é um dos poucos países que possuem uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao AM¹⁶⁶.

Recentemente, em 2017, foi sancionada a Lei nº 13.435, em 12 de abril, que institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno (Agosto Dourado), com o objetivo de intensificar ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do AM, fortalecendo mais uma estratégia de mobilização social em prol da amamentação no país³⁰. E, no mundo, novas metas traçadas pela agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável (*Sustainable Development Goals – SDGs*) estimulam o alinhamento das políticas internas e externas nos diferentes setores envolvidos no enfrentamento de todas as formas de má nutrição, das deficiências carenciais à obesidade, ambas de acometimento precoce que persistem sem a necessária abordagem preventiva¹⁹⁵.

Foram, todavia, muitos os avanços quanto à política de saúde da criança no Brasil, nos últimos anos, com destaque para a acentuada queda da taxa de MI e para a ampliação da Atenção Primária no país no contexto do SUS,

conjuntamente com a incorporação da filosofia do PNAISC. Não obstante, a assistência à saúde da criança ainda se encontra em processo de construção em um movimento necessário de mudança paradigmática do modelo centrado na patologia e somente na criança para um modelo de construção de redes em prol da inclusão da família e da integralidade do cuidado²⁴.

1.1.3 Histórico de ações na área materno-infantil em Macaé

Inicialmente, como Vila de São João de Macaé, fundada em 29 de julho de 1813, o município de Macaé ainda estava longe de ser a atual “Capital Nacional do Petróleo”. No final do século XVIII, o adensamento demográfico da região foi impulsionado pela atração de população livre que buscava condições favoráveis à expansão das lavouras de alimentos. Já no século XIX, a economia macaense era dependente da agricultura cafeeira¹⁹⁶.

De acordo com os registros históricos, em 1795, por ordem do Marquês de Pombal, ocorreu a expulsão dos jesuítas e a localidade recebeu novos imigrantes vindos de Cabo Frio e de Campos para ocupar as terras já apaziguadas. O povoado então progrediu, surgindo novas fazendas e engenhos. E, nos anos mais atuais, a expansão petrolífera faz com que a cidade continue recebendo, a cada ano, centenas de trabalhadores ligados aos ramos offshore e onshore; porém, estabelece-se uma população flutuante, principalmente, a partir da instalação da Petrobrás na década de 1970¹⁹⁷.

Com o aumento da população urbana, ocorreu uma série de mudanças na configuração espacial municipal e, se por um lado, surgiram vários bairros com mobiliário, asfaltamento, e infraestrutura, houve também a ampliação das áreas favelizadas, tanto em áreas centrais, como nas periferias da cidade. O

município passou a abrigar três das dez maiores favelas fora da região metropolitana do RJ. A razão migratória pode ser explicada pelo vigoroso crescimento de Macaé representado por seu produto interno bruto (PIB) *per capita*. Entre os anos de 1999 a 2004, o município deixa a posição 55^o entre os cem maiores municípios do país, tornando-se o sétimo¹⁹⁸.

É importante destacar que, recentemente, a administração pública de Macaé vem investindo em sua atuação como a “cidade do conhecimento”, dando enfoque ao ensino superior pela criação da cidade universitária, a qual se tornou um polo educacional ao abrigar campus avançados da Universidade Federal Fluminense (UFF) e UFRJ, bem como da Faculdade Municipal Miguel Ângelo da Silva Santos (FeMASS). Para 2019, são mais de cinco mil alunos acolhidos, fora outros estudantes dos polos da Universidade Estadual Norte Fluminense (UENF). Os cursos dessas instituições não são ligados necessariamente ao setor de petróleo e gás, e há ainda faculdades privadas como a Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora (FSMA) e a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Macaé (FAFIMA), além de diversos cursos de graduação e pós graduação na modalidade de ensino a distância^{198,199}.

Para atender a população macaense, traçando, muitas vezes, parcerias com as instituições de ensino superior presentes no município, a Secretaria de Saúde por anos investe em políticas e programas com foco na Atenção Básica. Ao priorizar os aspectos da promoção e da prevenção da saúde, tal gestão é vista como uma forma de aliviar a demanda hospitalar e ampliar a cobertura das áreas mais populosas e vulneráveis do município. Em 2018, com unidades recém-inauguradas, Macaé totalizava 49 equipes de ESF com a abrangência

para 196 mil pessoas, uma cobertura de 70%, na área central do município, e de 100% na região serrana²⁰⁰.

Até o momento presente, o município em questão conquistou alguns marcos importantes para a saúde pública, os quais se deram em 2003 e 2004. No primeiro ano pré-citado, teve início à comemoração da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) no Núcleo de Atenção à Mulher e à Criança (NUAMC), centro especializado de média complexidade referência no acompanhamento de pré-natal de alto risco. Diversas ações de incentivo ao AM passaram a ocorrer continuamente com o envolvimento de toda a equipe multiprofissional²⁰¹. Algumas atividades contaram, inclusive, com a presença do então secretário de saúde (figura 6), endossando a importância da temática e do próprio local que, desde 2014, abriga o internato em ginecologia e obstetrícia e os estágios curriculares para os alunos de Medicina, Enfermagem e Nutrição do campus UFRJ-Macaé^{202,203}. Já em 2004, foi inaugurado o Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva, conhecido como HPM, referência para a região norte fluminense, e habilitado a oferecer residência médica. A sua maternidade e respectiva equipe sempre prezaram pela amamentação, tanto que abre as suas portas para projetos universitários e oferece cursos para demais profissionais sobre o tema^{204,205}. Ainda em 2004, o MS escolheu Macaé para participar do plano piloto de implantação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica, pelo mérito de apresentar uma base de dados muito bem organizada. Em 2005, o mesmo órgão enviou uma carta em elogio pelo Programa de Saúde da Família do município e em agradecimento ao apoio durante a implantação da versão 4.0 do SIAB²⁰⁶.



Figura 6. Ação em comemoração à Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM, 2014) na sede do Núcleo de Atenção à Mulher e à Criança (NUAMC) do bairro Aroeira, Macaé/RJ.

Macaé também disponibiliza um Centro de Referência do Adolescente (CRA) criado em 2004 como uma proposta diferenciada no atendimento do jovem, o que inclui a gestante e a puérpera adolescente. Em abril de 2018, o CRA atingiu o registro de dois mil atendimentos com serviços de psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, clínica geral, ginecologia, enfermagem e dermatologia, além de estagiários da UFF, UFRJ e FSMA^{207,208}. O pré-natal igualmente conta com uma assistência multidisciplinar, com rodas de conversa que esclarecem diversas dúvidas e persistem no período pós-natal para apoio do binômio mãe-filho e família. Recentemente, o CRA lançou o projeto de pré-natal masculino, buscando uma

participação mais ativa do pai diante dos cuidados futuros para os seus filhos²⁰⁹.

Outras unidades macaenses também desenvolvem muitas ações e cursos para o público materno-infantil. Como um exemplo marcante, cabe destacar a atuação do grupo teatral Grutas de Arte Educação com esquete e palestra sobre amamentação nas unidades de público expressivo: ESF Lagomar, Centro de Saúde Dr. Jorge Caldas e a Unidade de Emergência Pediátrica²¹⁰. Esta, por sua vez, em 2016, deu lugar à Casa da Criança e do Adolescente, a qual representou um novo modelo de assistência pediátrica, uma total reestruturação da rede municipal para este público com a proposta de aprimorar a qualidade de atendimento reunindo 23 especialidades, além de contribuir para os estágios de graduandos e profissionais recém-formados da residência médica em pediatria²¹¹. A Casa da Criança também oferece orientações sobre AM através do ambulatório de amamentação que dispensa agendamento ou encaminhamento, ou seja, é aberto a todos, com uma equipe multiprofissional que atende, inclusive, bebês que tiveram alteração no teste da linguinha²¹².

E, felizmente, o município também dispõe de muitos grupos sociais independentes que militam em apoio às gestantes, mães e nutrizes, com espaços para discussões, trocas valiosas com o meio universitário, além de cursos e encontros promovidos para empoderar esse público e garantir seus direitos (figura 7). Tais grupos ainda se fazem presentes em reuniões com a administração pública e permanecem vigilantes perante o desenvolvimento de programas e projetos em benefício do binômio mãe-filho. Exemplos ilustrativos partem do Humanize Saúde²¹³ em apoio à gestação, ao parto humanizado,

puerpério e amamentação, do Amor Líquido²¹⁴ com a missão de incentivar e unir a sociedade de Macaé na luta pela implantação de um BLH, e da Mãe Orgânica²¹⁵ como um projeto de vida que nasceu do desejo de contribuir com a preservação do meio ambiente para termos saúde começando pelas escolhas alimentares.



Figura 7. Hora do Mamaço promovida pelo grupo Humanize Saúde, pelo Núcleo de Estudos da Saúde e Alimentação Materna e da Mulher (NESAM) do campus UFRJ-Macaé, pelas consultoras de amamentação da região e Mari Müller (contadora de história) em celebração ao Agosto Dourado de 2019.

Por fim, a parceria tanto mencionada entre SEMUSA e instituições de ensino superior, especificamente com relação ao campus UFRJ-Macaé, a mesma teve início em 2009 com a abertura dos cursos de graduação na área da saúde e o lançamento de projetos de pesquisa e extensão. Em 2012, tal integração se intensificou com a inserção universitária no Pró-Saúde e a

formação de grupos via o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – iniciativas do governo para alcançar futuros profissionais mais preparados para superar os desafios do SUS. Uma das linhas de atuação era “Estratégias promotoras de aleitamento materno e alimentação complementar e a prevenção de doenças e agravos não transmissíveis na vida adulta”, a qual possibilitou a aproximação com a CATAN do município e permitiu ações diversas em prol desses temas tão importantes para o público materno-infantil (figura 8)²¹⁶. Além de igualmente garantir pertinentes capacitações para agentes comunitários de saúde e demais profissionais da rede de AB de Macaé²¹⁷.



Figura 8. Palestra sobre a importância do aleitamento materno na ESF Aroeira em parceria com a Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (CATAN) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (campus UFRJ-Macaé) (2014).

1.2 Detalhamento metodológico

1.2.1 Detalhamento metodológico do 1º artigo

1.2.1.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo ecológico de série temporal que avaliou a evolução das prevalências de AME, considerando um período de 15 anos. O mesmo apresentou caráter descritivo com o uso de dados de base secundária.

Os estudos ecológicos analisam dados globais de agregados populacionais, ou seja, a unidade de estudo não é o indivíduo, mas sim o agregado²¹⁸. Para desenhos de séries temporais, enquanto estudo exploratório, o mesmo avalia a evolução de taxas ao longo do tempo em uma determinada população geograficamente definida e não há medidas de associação²¹⁹.

1.2.1.2 Objeto da análise, população e fonte de dados

O presente estudo teve como unidade de análise o município de Macaé, localizado na região Norte do estado do Rio de Janeiro (RJ), conhecido como a “Capital do Petróleo”²²⁰.

O município de Macaé possui uma área de 1.216,85 Km² e uma população estimada, em 2010, de 229.624 habitantes. A população é predominantemente urbana, com respectivos 65.630 domicílios e 1.276 domicílios rurais, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²²¹.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2017 e foi realizada através do site DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde via Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS.

As variáveis captadas em tal banco de dados foram: lactentes menores de 4 meses em AME; e lactentes menores de 4 meses assistidos nas Unidades Básicas de Saúde das Estratégias de Saúde da Família (UBS/ESF) do referido local no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2015.

O SIAB é um sistema (software) desenvolvido pelo DATASUS, em 1998, com o objetivo de agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica pelo acompanhamento do então Programa Saúde da Família – PSF. E, desta forma, consolidou-se como um instrumento gerencial através da produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização de ações em saúde. Notoriamente, o SIAB representa uma importante fonte de dados para órgãos governamentais, para pesquisas acadêmicas da área da saúde, como para diversos estudos no campo da Saúde Coletiva³⁴.

1.2.1.3 Cálculo das prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME)

O banco de dados foi construído utilizando-se o software *Microsoft Excel for Windows*® 2010. Na análise descritiva, foram utilizados os dados absolutos de AME, e posteriormente, foram calculadas as prevalências anuais e mensais da seguinte forma:

Prevalências mensais do AME – PM_AME

$$PM_AME = \frac{\text{número (nº) total de lactentes < 4 meses em AME em cada mês}}{\text{nº total de lactentes < 4 meses assistidas nas UBS/ESF no respectivo mês}} \times 100$$

nº total de lactentes < 4 meses assistidas nas UBS/ESF no respectivo mês

Prevalências anuais do AME – PA_AME

$$PA_AME = \frac{\sum \text{prevalências mensais de lactentes} < 4 \text{ meses em AME}}{12} \times 100$$

12

1.2.1.4 Análise das tendências de AME

A partir dos dados resgatados no DATASUS, a análise de tendência de AME foi realizada por meio do software *Joinpoint Regression Program* para Windows versão 4.5.0.1, disponibilizado pelo *National Cancer Institute* – NCI, USA. Esta análise por regressão linear segmentada foi utilizada para identificar os possíveis *joinpoints* que refletem mudanças significativas na tendência estudada, considerando, como variável regressora, as referidas prevalências e, como independente, o ano.

Dentre os principais métodos utilizados para a análise de tendências, o mais comumente utilizado na atualidade é o *Joinpoint Regression*, um programa relativamente novo e que o respectivo uso tem aumentado dentre os estudos epidemiológicos²²². O modelo de regressão *Joinpoint* é um método que permite analisar tendências temporais (taxas de incidência, mortalidade, sobrevida ou prevalência), avaliando se, em alguns pontos (*joinpoints*), existem alterações do padrão de tendência observado. Assim como a regressão linear (que utiliza os mínimos quadrados), o *Joinpoint* (que utiliza como variável dependente uma transformação logarítmica da taxa) é usado para encontrar o melhor modelo; ele testa se vários segmentos de reta (com vários *joinpoints*) explicam melhor uma tendência no tempo do que uma reta única²²³.

O programa foi aplicado para calcular a mudança percentual anual (MPA ou, em inglês, *Annual Percentage Change – APC*) e avaliar a tendência de cada segmento analisado, estimando os valores estatisticamente significativos considerando um nível de confiança de 95%.

A análise de tendência foi realizada de forma descritiva e de forma analítica através de tabelas e figuras. A descrição considerou “aumento” ou “redução” a partir da significância estatística ($p < 0,05$) da tendência (active/declive). E, para os valores de APC não significativos, os mesmos foram considerados “estáveis”.

1.2.1.5 Pressupostos éticos

O estudo em questão utilizou dados secundários, de domínio público, disponíveis no DATASUS, sem a possibilidade de identificação de sujeitos, em acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde²²⁴. E, portanto, não há a necessidade de apreciação por parte de um Comitê de Ética em Pesquisa para a respectiva avaliação quanto aos riscos a seres humanos.

De qualquer forma, o referido estudo está inserido no projeto de pesquisa “Amamenta e alimenta na Atenção Primária à Saúde do município de Macaé – Rio de Janeiro” aprovado pelo respectivo comitê da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, sob protocolo de número: 30378514.1.0000.5244 (anexo I).

E, por fim, a autorização para a utilização dos dados para análise e divulgação dos resultados foi concedida pela Coordenadoria da Área Técnica

de Alimentação e Nutrição – CATAN/Secretaria Municipal de Saúde de Macaé – SEMUSA Macaé, Rio de Janeiro.

1.2.2 Detalhamento metodológico do 2º artigo

1.2.2.1 *Delineamento do estudo*

Foi realizado um estudo seccional, descritivo, de base secundária com banco de dados disponíveis no SISVAN Web, de acesso restrito, referente aos registros específicos do município de Macaé, RJ.

1.2.2.2 *População de estudo e fonte de dados*

Crianças entre 6 e 24 meses de idade assistidas na Rede de AB de Macaé/RJ, considerando todos os dados disponíveis no SISVAN Web para tal público-alvo, no ano de 2013.

O SISVAN Web tem por objetivo consolidar os dados referentes às ações de VAN, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios. E assim, seus dados acabam por apoiar gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional. Por isso, o SISVAN se constitui em um poderoso instrumento político que possibilita auxiliar no controle social a partir da verificação do efetivo impacto das políticas públicas e da cobrança por resultados e ações envolvendo o SUS^{176,177}.

Trata-se, na verdade, de um sistema informatizado que possui dois tipos de acesso: público e restrito. Os relatórios consolidados são públicos e podem ser acessados por qualquer pessoa no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica. Já pelo módulo de "Acesso Restrito", é possível registrar o tipo

de acompanhamento que é realizado, como o atendimento de usuários da AB, de beneficiários do Programa Bolsa Família e/ou de outras estratégias, como chamadas nutricionais².

As chamadas nutricionais são estratégias vinculadas às Campanhas Nacionais de Imunização, as quais buscam a mobilização para fins de atitude de vigilância das secretarias municipais e estaduais de saúde para a importância do acompanhamento do crescimento de crianças, mas também da realização de levantamento de informações antropométricas e de consumo alimentar em crianças menores de cinco anos. Seguem, portanto, uma lógica parecida com os inquéritos populacionais quanto ao cuidado metodológico, mas possibilita uma rápida análise e divulgação^{147,225}.

1.2.2.3 Coleta de dados

Em 2013, a Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (CATAN) realizou uma chamada nutricional para crianças menores de 5 anos com o objetivo de ampliar os conhecimentos sobre o consumo alimentar deste público morador de Macaé. Essa chamada aconteceu na Segunda Campanha Anual de Vacinação por ser uma experiência bem sucedida, uma vez que há uma demanda praticamente universal de mães e crianças aos postos de vacinação, ou seja, cerca de 90% de abrangência, segundo a literatura^{226,227}.

Os dados advindos de tal chamada nutricional foram obtidos entre os meses de janeiro e março de 2014, na base de dados do SISVAN Web, na página de acesso restrito, disponível para a gestão da CATAN.

1.2.2.4 Variáveis e indicadores do estudo

Dados demográficos:

Gênero (masculino e feminino).

Grupo de idade (06-12 meses; 12-18 meses; 18-24 meses).

Marcadores alimentares de:

- (a) Alimentação Saudável: consumo de verduras e legumes, frutas, carnes.
- (b) Alimentação Não Saudável: consumo de alimentos açucarados, denominados como “açúcar” (mel, melado, açúcar simples e rapadura, antes dos 06 meses de idade; pergunta 11 do formulário de marcadores do consumo alimentar); e suco industrializado [sucos industrializados e refrescos em pó (de saquinho) e refrigerantes; perguntas 13 e 14 do formulário de marcadores do consumo alimentar] (anexo II).

Para análise dos marcadores de alimentação saudável foram utilizados os indicadores definidos pelo ENPACS²²⁸:

Indicador 1: percentual de crianças de 6 a 24 meses que tenham consumido de verduras/legumes no dia anterior ao registro.

Indicador 2: percentual de crianças de 6 a 24 meses que tenham consumido frutas no dia anterior ao registro.

Indicador 3: percentual de crianças de 6 a 24 meses que tenham consumido carnes no dia anterior ao registro.

O Ministério da Saúde (MS) tem, como meta, que sejam observadas as prevalências igual ou superior a 80% pelos indicadores de alimentação saudável (Verduras/Legumes, Frutas e Carnes) no dia anterior, em crianças menores de 24 meses²²⁸.

1.2.2.5 Análise de dados

A análise descritiva da distribuição dos marcadores de alimentação saudável e não saudável segundo covariáveis do estudo foi realizada por meio de distribuições de frequência e aplicação dos testes estatísticos qui-quadrado e exato de Fisher para comparação de ocorrência do fenômeno entre os diferentes grupos.

Os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos. E, para as dadas análises estatísticas, foi utilizado o programa computacional SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), sendo considerado o nível de significância de 5%.

1.2.2.6 Pressupostos éticos

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa matriz intitulado “Amamenta e alimenta na Atenção Primária à Saúde do município de Macaé – Rio de Janeiro” aprovado pelo respectivo comitê da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, sob protocolo de número: 30378514.1.0000.5244 (anexo I), obedecendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde²²⁴.

O projeto em si foi apresentado às gestões da CATAN e da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé – SEMUSA que aprovaram o desenvolvimento

do mesmo em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (campus UFRJ-Macaé).

1.2.3 Detalhamento metodológico do 3º artigo

1.2.3.1 Delineamento e objeto do estudo

Realizou-se um relato de experiências vividas por cinco bolsistas e dois voluntários, denominados como educadores, graduandos dos cursos de Nutrição e Enfermagem e Obstetrícia do campus UFRJ-Macaé e integrantes da equipe do projeto de extensão “Incentivo à alimentação complementar adequada em lactentes assistidos na Rede de Saúde do Município de Macaé”, denominada, portanto, equipe Iacol. Com o objetivo de promover a alimentação adequada e saudável no primeiro ano de vida, tal projeto está associado a outro de pesquisa intitulado como “Amamenta e alimenta na Atenção Primária à Saúde do município de Macaé – Rio de Janeiro” e, como já mencionado anteriormente, aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes (protocolo nº 30378514.1.0000.5244) (anexo I).

Desde 2013, financiado pelo Programa de Incentivo a Bolsas de Extensão – PIBEX/UFRJ, o projeto/equipe Iacol desenvolve ações educativas voltadas para a alimentação saudável de lactentes tanto no formato de capacitações para agentes comunitários e profissionais de saúde, como através de diferentes estratégias para públicos distintos: gestantes, puérperas, nutrizes e cuidadores/famílias.

Para o dado relato, os educadores organizaram e executaram três ações no campo de educação alimentar e nutricional (EAN) voltadas à promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida, desenvolvidas entre os anos

2016 e 2017. Essas ações foram: um minicurso, o qual foi oferecido em julho de 2016 no evento III Inverno com Ciência: UFRJ e Sociedade Compartilhando Saberes; uma oficina que foi oferecida em março de 2017 no IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade Compartilhando Saberes, cujo tema foi “Alimentação do lactente”; e as salas de espera, as quais foram realizadas na puericultura de uma UBS da ESF Botafogo de Macaé, reservada às sextas-feiras pela manhã.

1.2.3.2 Meios e instrumentos do trabalho educativo em saúde

Em harmonia com os princípios estabelecidos pelo Marco de Referência para as ações de EAN, a prática educativa em si deve fazer uso de abordagens e recursos problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo¹⁴⁸. Por tal, para a estruturação das práticas educativas previstas por este estudo, escolheu-se o modelo teórico Promoção da Saúde em reconhecimento do sujeito da ação como protagonista que articula o conhecimento e diferentes saberes²²⁹.

1.2.3.2.1 Minicurso e oficina

O minicurso ofertado no evento III Inverno com Ciência foi intitulado como “Amamenta e Alimenta: incentive essa ideia!” e visou capacitar os profissionais de saúde, graduandos e a comunidade em geral sobre os cuidados inerentes à alimentação do lactente. A carga horária destinada ao mesmo foi de quatro horas, contemplando o acolhimento aos participantes, a exposição teórica sobre aspectos fisiológicos e nutricionais do lactente (com recursos audiovisuais para a projeção de slides) (figura 9) e uma dinâmica de grupo para a realização da atividade demonstrativa de montagem de pratos

saudáveis e adequados ao lactente, tanto para as refeições da “Papa de fruta”, como da “Refeição Almoço ou Jantar”.



Figura 9. Exposição teórica no minicurso do III Inverno com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Julho de 2016).

O acolhimento consistiu na declamação da poesia “o prazer da boa mesa”, de Carlos Alê (anexo III), por uma docente da equipe, com o intuito de abordar aspectos que transcendessem o conteúdo técnico inerente à intervenção e que favorecessem a formação de um ambiente com maior envolvimento e horizontalidade das relações entre usuários e trabalhadores da saúde, discentes e docentes, como todos os presentes na atividade.

Somente após a exposição teórica dos principais tópicos referentes à alimentação do lactente, os educadores convidaram os educandos para

realizar a atividade demonstrativa de montagem dos pratos saudáveis da AC, a partir do entendimento pessoal do que foi exposto anteriormente. Esse processo ocorreu com auxílio de utensílios simples, tais como toalha de mesa, panos de pratos, talheres, pratos, copos, guardanapos e preparações alimentares. Ainda, a montagem das preparações foi mediada por um aluno bolsista do projeto, cujo papel era somente intermediar, mas nunca interferir na preparação proposta pelos participantes. Os alimentos disponíveis para a ação estavam dispostos separadamente em potes de plásticos e foram: frutas (banana, maçã e mamão), cereal (arroz cozido em papa), leguminosa (feijão preto cozido simples), carnes (carne moída e frango desfiado) e vegetais (abóbora, batata baroa, batata inglesa e cenoura cozidas). Após esta atividade, houve ampla discussão entre educandos e educadores sobre as preparações escolhidas e elaboradas na parte demonstrativa.

E, ao final, como fechamento da ação, foi realizado um QUIZ (apêndice I), enquanto jogo de perguntas para a avaliação do conhecimento dos participantes sobre o tema do minicurso. Para este estudo em particular, o QUIZ foi elaborado a partir de um “pré-teste” descrito no caderno do tutor da Estratégia Nacional para a Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)²²⁸, contendo dez frases afirmativas sobre a temática tratada no minicurso. A respectiva dinâmica se deu com a leitura das afirmações por um educador mediador, o qual foi previamente treinado para tal, e seguiu com a contagem das respostas “Verdadeiro” (representado pelo cartão verde) ou “Falso” (representado pelo cartão vermelho) por um educador voluntário do projeto de extensão. Com isto, foi possível determinar os percentuais de acerto e erro e proceder com distribuição para todos os participantes de materiais

educativos (dois *flyers* e um folder) que abordavam os temas AM e AC – desenvolvidos pela própria equipe.

Após a análise e reflexão das atividades realizadas no minicurso, houve uma reformulação do mesmo nos seis meses seguintes, sendo então criada a oficina intitulada “Oficina sobre Introdução Complementar de Lactentes”, apresentando o mesmo objetivo do minicurso. Esta oficina teve carga horária de três horas e foi apresentada em março de 2017, no evento IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade Compartilhando Saberes.

De forma semelhante ao minicurso, a oficina contou com ações lúdicas e demonstrativas, tendo, como primeiro contato, o acolhimento dos educandos pelos educadores, com a apresentação da poesia antes mencionada pela docente da equipe. No entanto, a seguir, deu-se uma dinâmica de grupo (atividade demonstrativa), mediada por duas educadoras, com a apresentação de alimentos e montagem dos pratos “Papa de fruta” e “Refeição Almoço ou Jantar” pelos educandos, com os mesmos alimentos descritos previamente (figura 10). Somente após a montagem das preparações para o lactente, houve a exposição teórica sobre a introdução alimentar e aspectos gerais do AM. Por fim, ocorreu uma segunda dinâmica de montagem de preparações, novamente mediada por duas educadoras, que permitiu uma discussão e comparação entre as preparações apresentadas pelos educandos no momento pré e pós-exposição da teoria sobre a AC, e o encerramento com a distribuição de materiais educativos.



Figura 10. Montagem dos pratos referentes à alimentação complementar (AC) na oficina do IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Março de 2017).

1.2.3.2.2 Sala de espera

As atividades de sala de espera ocorreram em UBS na ESF Botafogo de Macaé nos mesmos dias de realização da puericultura. A metodologia aplicada para esta ação foi dividida em duas fases: aplicação de um formulário adaptado (apêndice II) do “pré-teste” contido no Caderno do Tutor da ENPACS²²⁸ e de marcadores de alimentação saudável do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (anexo II), do MS, e abordagem individual para entrega de materiais educativos.

A primeira fase, dada pela aplicação do formulário estruturado pelos educadores (pré-treinados para tal), visou compreender quais aspectos sobre AC e AM eram pouco compreendidos e quais dúvidas os educandos apresentavam. Tais ações facilitaram a abordagem pelos educadores durante a atividade de sala de espera. Ainda, cabe ressaltar que, após a apresentação pessoal dos educadores, cada mãe (educanda) foi abordada individualmente para consulta e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice III). Somente após esse preenchimento, ocorreu a aplicação do formulário. Por fim, destaca-se que o formulário adaptado continha as mesmas temáticas gerais sobre AM e introdução alimentar apresentadas no QUIZ do minicurso.

A segunda fase foi dada pela entrega dos materiais educativos e explicação do conteúdo dos mesmos às mães. Todas as dúvidas foram esclarecidas tanto individualmente, quanto coletivamente, e empregou-se a linguagem segundo o nível instrucional das mães, introduzindo-se alguns termos técnicos pertinentes ao tema abordado. Ainda nessa fase, os educadores buscaram apontar as principais dúvidas das mães sobre o tema, anotando-as na parte em branco existente no formulário.

1.2.3.2.3 Prática dialógica com os educadores

A roda de conversa é um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas, estimulando assim a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, do compartilhamento de informações e da reflexão para a ação²³⁰.

Ademais, em harmonia com os estudos de Paulo Freire e seu referencial teórico-metodológico da educação popular, as rodas de conversas possibilitam a ressignificação de sentido e saberes sobre as experiências dos partícipes. As mesmas produzem conhecimentos contextualizados por privilegiarem a fala crítica e a escuta sensível²³¹.

Definiu-se, portanto, a roda de conversa como estratégia para a construção dialógica envolvendo os educadores que haviam participado integralmente das três ações. Foram dois encontros, no período de um mês, com uma professora mediadora.

Na primeira reunião, que aconteceu em agosto de 2017, os educadores relataram suas experiências, cujos principais pontos e discussões levantadas foram anotados em um bloco de notas pela professora mediadora.

No decorrer de duas semanas, a professora mediadora consolidou as anotações em forma de texto escrito, sendo lido na segunda reunião por todos os educadores para a revisão e o fechamento da versão final.

1.2.3.3 Análise dos relatos de experiência

A análise temática dos relatos de experiência foi realizada conforme as seguintes etapas: leitura exaustiva do texto descrito contendo o levantamento de ideias e questionamentos; resgate das ideias centrais e expressões chave; interpretação dos resultados.

Na apresentação dos resultados, para a garantia do anonimato dos educadores, os seus nomes foram substituídos por um codinome para a descrição do estudo.

1.3 Referências

1. World Health Organization. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005. WHO Global Database on Vitamin A Deficiency. Geneva: WHO, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2013.
3. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371:340-57.
4. Cunha AJLA, Leite AJM, Almeida, IS. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. *J. Pediatr.* (Rio J.) [online]. 2015, vol.91, n.6, suppl.1, pp.S44-S51.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3a ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora MS, 2015.
7. United Nations Children's Fund. Building better brains: new frontiers in early childhood development. UNICEF, April 2014.
8. WHO, 2016 World Health Organization. Breastfeeding in the 21st century. Geneva: WHO, 2016.
9. United Nations Children's Fund. World Health Organization. Global Breastfeeding Scorecard. Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. UNICEF & WHO, July 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. 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: Editora MS, 2009.
11. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(108):1-9.
12. Pires KS, Lyrio IF, Paredes HDMT, Rocha CMM, Capelli, JCS. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e misto na Atenção Básica de Macaé, em 2013. *FIEP BULLETIN - Volume 85 - Special Edition - ARTICLE I - 2015.*
13. Escobar MS, Lima CST, Bouskela A, Pontes JS, Capelli JCS. Tendência da prática de aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de 4 meses assistidos na Atenção Básica de Macaé, rj. *FIEP BULLETIN - Volume 85 - Special Edition - ARTICLE I - 2015.*

14. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LM. Food consumption in Brazilian children by 6 to 59 months of age. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1759-71.
15. Carvalho CA, Fonseca PCA, Priore SE, Francheschini SCC, Novaes JF. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr*. 2015; 33(2):211-221.
16. Penn H. Primeira infância: a visão do banco mundial. *Cad Pesq* 2002;115:7-24.
17. Sichieri R, Nascimento S, Coutinho W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(7):1721-1727.
18. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Rev. paul. pediatr.* [online]. 2011, vol.29, n.4, pp.625-633.
19. Bahia L, Coutinho ESF, Barufaldi LA, Abreu GA, Malhão TA, Souza CPR, Araujo DV. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BMC Public Health*, v.12, p.440, Jun 2012.
20. Bahia L, Araujo DV. Impacto econômico da obesidade no Brasil. *Revista HUPE*, 2014, vol.13, issue 1.
21. World Health Organization. Ending childhood obesity. Report of the commission. Geneva: WHO, 2016.
22. Menella JA, Griffin CE, Beauchamp GK. Flavor Programming during infancy. *Pediatrics* 2004;113:840-5.
23. Beauchamp GK, Mennella JA. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 48 Suppl 1:S25-30.
24. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2014 nov-dez; 67(6):1000-7.
25. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 72-85, out., 2014.
26. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Trends of breastfeeding in Brazil in the last quarter of the 20th century. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 4, 2007.
27. Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85(3):201-208.
28. Caminha MF, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IK, Figueiroa JN, Lira PI. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. *Rev. Saúde Publica*. 2010; 44(2):240-8.

29. Venancio SI, Saldiva SR, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(6):1205-8.
30. Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2017.
31. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad. Saúde Pública* 1999, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):139-147.
32. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO, 2002.
33. World Health Organization. Contemporary patterns of breastfeeding. Report on the WHO Collaborative Study on Breastfeeding. Geneva: WHO, 2007.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
35. Lima DB, Fujimori E, Borges ALV, Silva MMS. Feeding in the two first years of life. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45:1705-9.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Editora MS, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A: Normas e manuais técnicos, 173).
37. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI. Analysis of the global strategy on diet, physical activity and health of the World Health Organization. *Epidemiol Serv Saude* 2005; 14:41-68.
38. Naudeau S, Kataoka N, Valerio A, Neuman MJ, Elder LK. Como investir na primeira infância: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância. Washington, DC : The World Bank, 2010; São Paulo: Singular, 2011.
39. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016.
40. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2004, vol.80, n.5, suppl., pp. s131-s141.

41. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos Rev. Nutr. Campinas, 23(3):475-486, maio/jun., 2010.
42. Sigulem DM, Devincenzi UM, Lessa AC. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. J Pediatr. 2000; 76(Supl 3):275-84.
43. World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO, 1998.
44. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Lancet. 2008; 371:417-440.
45. Macedo EMC, Amorim MAF, Silva ACS, Castro CMMB. Efeitos da deficiência de cobre, zinco e magnésio sobre o sistema imune de crianças com desnutrição grave. Rev Paul Pediatr. 28(3):329-36, 2010.
46. Euclides MP. Aleitamento Materno. In: Euclides MP. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação saudável. Viçosa, MG: Ed. UFV, cap. 4, 616p, 2014.
47. Lönnerdal B, Dewey G. Epidemiologia da deficiência de ferro no lactente e na criança. Anais Nestlé, v.52, p.11-17, 1996.
48. Batista Filho M, Souza AI, Bresani CC. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. Cien Saude Colet 2008; 13(6):1917-1922.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. 2006: Dimensões sobre o Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
50. Figueroa PD, Rocha ACD. Deficiências de micronutrientes em crianças brasileiras assistidas em creches: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1525-1543, 2016.
51. Assumpção MCF, Santos IS, Barros AJD, Gigante DP, Victora CG. Anemia em menores de seis anos: estudo de base populacional em Pelotas, RS. Rev Saúde Pública. 41(3):328-35, 2007.
52. Duarte LS, Fujimori E, Minagawa AT, Schoeps FA, Montero RM. Aleitamento materno e níveis de hemoglobina em crianças menores de 2 anos em município do estado de São Paulo, Brasil. Rev Nutr 2007; 20(2):149-157.

53. Vieira RCS, Ferreira HS, Costa ACS, Moura FA, Florêncio TM, Torres ZMC. Prevalência e fatores de risco para anemia em crianças pré-escolares do Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2010; 10(1):107-116.
54. Oliveira CSM et al. Anemia em crianças de 6 a 59 meses e fatores associados no Município de Jordão, Estado do Acre, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5):1008-1020.
55. Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev Saude Publica* 2001; 35(1):66-73.
56. Almeida CAN et al. Fatores associados a anemia por deficiência de ferro em crianças pré-escolares brasileiras. *J Pediatr* 2004; 80(3):229-234.
57. Konstantyner T et al. Riscos isolados e agregados de anemia em crianças frequentadoras de berçários de creches. *J Pediatr* 2009; 85(3):209-216.
58. Lanzillotti HS. Necessidades e recomendações nutricionais na infância. In: Castanheira, M. *Vigilância nutricional na fase pré-escolar*. 1a. Ed. – Rio de Janeiro (RJ): Roca, 2016.
59. Milagres RCRM, Nunes LC, Pinheiro-Sant'ana HMA. Deficiência de vitamina A em crianças no Brasil e no mundo. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1253-1266.
60. Ramalho A, Padilha P, Saunders C. Análise crítica de estudos brasileiros sobre deficiência de vitamina A no grupo materno-infantil. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26(4):392-399.
61. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO, 2009.
62. Ramakrishnan U, Nguyen P, Martorell R. Effects of micronutrients on growth of children under 5 y of age: meta-analyses of single and multiple nutrient interventions. *Am J Clin Nutr* 2009; 89(1):191-203.
63. Figueroa PD, Sales MC. Avaliação de desempenho das concentrações capilares de zinco como método diagnóstico da deficiência de zinco: um estudo comparativo com as concentrações séricas de zinco. *Rev Nutr* 2013; 26(6):617-624.
64. Organização Pan-americana da Saúde. *Doenças crônico degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. OPAS: 2003. p.60.

65. Souza MR et al. Análise da prevalência de resistência insulínica e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes obesos. *Arq Ciênc Saúde* 2004 11(4):215-8.
66. Silva GAP et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (1): 53-59, jan./mar., 2005.
67. Ferreira JS, Aydos RD. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010, 15(1):97-104.
68. Poeta LS et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2):168-72.
69. Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007; 357:2329-37.
70. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil.
71. Barker D, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *The Lancet* 1986, 327(8489):1077-1081.
72. Darnton-Hill I, Nishida C, James W. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition* 2004, 7(1a): 101-121.
73. Ravelli AC, Van der Meulen JH, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. Obesity at the age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1999, 70(5):811-816.
74. Ma RCW, Popkin BM. Intergenerational diabetes and obesity – A cycle to break? *PLoS Medicine* 2017, 14(10):e1002415.
- 75 Geserick M, Vogel R, Gausche T, Lipek U, Spielau E, Keller R, Pfäffle W, Körner A. 2018. Acceleration of BMI in early childhood and risk of sustained obesity. *New England Journal of Medicine* 2018, 379(14):1303-1312.
- 76 Ward ZW, Long MW, Resch SC, Giles CM, Cradock AL, Gortmaker SL. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. *New England Journal of Medicine* 2017, 377(22):2145-2153.
77. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food security and nutrition in the world. Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Rome: FAO, 2019.

78. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, suppl.1, pp.S181-S191.
79. Mallarino C et al. Advertising of ultraprocessed foods and beverages: children as a vulnerable population. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47:1006-10.
80. Martins AP et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). *Rev Saúde Pública*. 2013; 47:656-65.
81. Almeida SS, Nascimento PC, Quaioti TC. Amount and quality of food advertisement on Brazilian television. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36:353-5.
82. Lobanco CM et al. Reliability of food labels from products marketed in the city of Sao Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43:499-505.
83. Monteiro CA et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:2039-49.
84. Moubarac JC et al. Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health – evidence from Canada. *Public Health Nutr*. 2013; 16(12):2240-8.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
86. Karnopp EV et al. Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. *J Pediatr (Rio J)*. 2017; 93(1):70-78.
87. De Onis M. Prevenção do sobrepeso e da obesidade infantis. *J Pediatr (Rio J)*. 2015; 91(2):105-107.
88. González DA, Nazmi A, Victora CG. Growth from birth to adulthood and abdominal obesity in a Brazilian birth cohort. *Int J Obes (Lond)* 2010; 34(1): 195-202.
89. Fisberg M et al. Obesity in children and adolescents: Working Group Report of the Second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004; 39: S678-87.
90. Rinaldi AEM et al. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26(3):271-7.
91. Toloni MHA et al. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr* 2014; 32(1):37-43.

92. Caetano MC, Ortiz TT, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2010;86(3):196-201.
93. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013;382:452-477.
94. Santiago 2013 Santiago LB. (org.). [SBP] Manual de aleitamento materno. 1ª ed. São Paulo: editora Manole, 2013.
95. Euclides MP. Necessidades e recomendações nutricionais. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação saudável. Viçosa, MG: Ed. UFV, cap. 3, 616p, 2014.
96. Cruz MCC, Teixeira MRM. Alimentação complementar oportuna e saudável: o cuidado na forma de comida. In: Rego JD. Aleitamento materno. 3. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, p. 365-391, 2015.
97. Lönnerdal B. Breast milk: a truly functional food. *Nutrition*, v. 16, n. 7/8, p. 5100-5111, 2000.
98. German JB, Dillard CJ, Ward RE. Bioactive components in milk. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, v. 5, n. 6, p. 653-658, 2002.
99. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO, 2013.
100. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: WHO, 2013.
101. Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics* 2004; 113: e81-6.
102. Arenz S et al. Breast feeding and childhood obesity – a systematic review. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, v. 28, n. 10, p. 1247-1256, 2004.
103. Koletzko B et al. Can infant feeding choices modulate later obesity risk? *Am. J. Clin. Nutr.*, v. 89, n. 5, p. 1502-1508, 2009.
104. Dewey KG. Is breastfeeding protective against obesity? *J. Hum. Lact.*, v.19, n. 1, p. 9-18, 2003.
105. Ravelli AC et al. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch Dis Child* 2000; 82: 248-52.

106. Martin RM et al. Infant nutrition and blood pressure in early adulthood: the Barry Caerphilly Growth study. *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 1489-97.
107. Horta BL et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: WHO, 2007.
108. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J. Pediatr.*, v. 80, p. 119-125, 2004.
109. Rollins NC et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. *Lancet* 2016; 387:491-504.
110. Hanushek EA, Woessmann L. The role of cognitive skills in economic development. *J Econ Lit* 2008; 46: 607-68.
111. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015;104:14-19.
112. Horton S, Ross J. The economics of iron deficiency. *Food Policy* 2003; 28:51-75.
113. Coutsooudis A, Coovadia HM, Wilfert CM. HIV, infant feeding and more perils for poor people: new WHO guidelines encourage review of formula milk policies. *Bull World Health Organ* 2008; 86:210-14.
114. Linnecar A, Gupta A, Dadhich J, Bidla N. Formula for disaster: weighing the impact of formula feeding vs breastfeeding on environment. BPNI/IBFAN Asia, 2014.
115. International Baby Food Action Network. Has your nation done enough to bridge the gaps? 84 country report on status and progress of implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding 2008-2016. IBFAN report, 2016.
116. World Health Organization. UNICEF. Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: WHO, 2009.
117. Araújo ED, Carbonare SB, de Araújo MC, Palmeira P, Amaral JA, Sales VS. Total and specific IgA in colostrum and milk of mothers of Natal - Rio Grande do Norte, Brasil. *Acta Cir Bras.* 2005;20:178-84.
118. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006;117:e380-6.
119. Edmond KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Hurt LS. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality:

an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. *Am J Clin Nutr.* 2007;86:1126-31.

120. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(2):131-136.

121. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2015;49:91.

122. Lamounier JA et al. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. *Jornal de Pediatria* 2004; vol. 80, n.5(supl), 2004.

123. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2461-2468, 2011.

124. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 2012, 7:12.

125. United Nations Children's Fund. World Health Organization. Global Breastfeeding Scorecard. Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. UNICEF & WHO, July 2017.

126. Castro IRR et al. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(6):1021-9.

127. Ferreira GA, D'Artibale EF, Bercini LO. Influência da prorrogação da licença maternidade para seis meses na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Min Enferm.* 2013 abr/jun; 17(2):398-404.

128. Rimes KA, Boccolini CS, Oliveira MIC. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. *Rev. Saúde Pública* 2019 vol.53 São Paulo Epub 31-Jan-2019.

129. Ferreira HLOC et al. Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.3, pp.683-690.

130. Dewey KG. Approaches for improving complementary feeding of infants and young children. Geneva: World Health Organization. WHO, 2000.

131. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nut Bull.* 2003;24:5-28.

132. Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *Eur J Clin Nutr.* 1994;48:S45-57.

133. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen K. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49:112-25.
134. Koletzko B, von Kries R. Estaria o desmame precoce associado ao risco posterior de obesidade? *Anais Nestlé.* 2002;62:22-30.
135. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. *Lancet.* 1994;344:288-93.
136. Silva GAP et al. Infant feeding: beyond the nutritional aspects *J Pediatr (Rio J).* 2016;92(3 Suppl 1):S2-S7.
137. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 27(2):305-316, fev, 2011.
138. Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr., Campinas,* 24(4):553-563, jul./ago., 2011.
139. Longo-Silva G, Tolini MHA, Menezes RCE, Azakura L, Oliveira MAA, Taddei JAAC. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. *Rev Paul Pediatr.* 2015.
140. Toloni MHA et al. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr* 2014;32(1):37-43.
141. 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,* 24(3):465-474, jul-set 2015.
142. Castro MBT et al. Introdução de alimentos e excesso de peso em pré-escolares de uma comunidade vulnerável da cidade do Rio de Janeiro - associação da introdução de alimentos e excesso de peso. *Demetra* 2014; 9(3); 645-660.
143. Saldiva SR, Escuder MM, Modini L, Levy RB, Venancio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J.)* 2007;83:53-8.
144. Direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional/organizadora, Marília Leão. Brasília: ABRANDH, 2013.

145. Jaime PC et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(6):809-824, nov./dez., 2011.
146. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.
147. Coutinho JG et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(4):688-99.
148. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: MDS. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.
149. Oliveira JM et al., 2015 Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento *Cad. Saúde Pública* vol.31 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2015.
150. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(4):625-33.
151. Nascimento VM. Educação alimentar e nutricional: percepção de professores, coordenadores pedagógicos e nutricionistas. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ensino em Ciência da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde; 2016.
152. Pereira S, Capelli JCS, Abrahão AL, Anastacio A. A experiência do uso da aprendizagem baseada em projetos como metodologia ativa no programa de educação pelo trabalho para a saúde na aprendizagem da prática profissional. *Demetra*. 2017; 12(4): 881-98.
153. Cruz PJSC, Neto JFM. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. *Interface (Botucatu)* vol.18 supl.2 Jan 2015.
154. Pellegrine JB, Koopmans FF, Pessanha HL, Rufino CG, Farias HPS. Educação Popular em Saúde: doação de leite humano em comunidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface (Botucatu)* vol.18 supl.2 Jan 2015.
155. Cavalcante MM, Barbosa L, Freitas CC, Gomes VS, Albuquerque MF. Estratégia educativa com enfoque nos hábitos alimentares de crianças: alimentos regionais. *Cogitare Enfermagem*, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 463-469.

156. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: MS, 2012.

157. Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. Ciênc. saúde coletiva 19(11) Nov 2014.

158. Duarte, Cristina Maria Rabelais. (2007). Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. Cadernos de Saúde Pública, 23(7),1511-1528.

159. Perez JRR, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil Cadernos de Pesquisa, v.40, n.140, p.649-673, maio/ago. 2010.

160. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde).

161. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Roteiro de avaliação dos programas PAISM/PAISC/PROSAD. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

162. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno – PNIAM. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

163. Formiga JFNF. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Díaz J, editor. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC, 1999.

164. Brasil. Ministério da Saúde/SNPES/DINSAMI. Assistência integral à saúde da criança. Guia do monitor – módulos 1 a 5. Brasília: MS, 1988.

165. Brasil. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

166. Frias PG, Mullachery P, Giugliani ERJ. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta dos serviços. In: Saúde Brasil 2008 – 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília; MS, 2009.

167. Brasil. Lei federal n. 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 16 jul. 1990.
168. Medina MG, Aquino R. Avaliando o programa de saúde da família. In: Sousa MF, editor. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC; 2002.
169. Leal MC et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1915-1928.
170. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto para redução da mortalidade na infância. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.
171. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. Revista Paulista de Pediatria, Epub June 19, 2019.
172. Felisberto E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de Pernambuco de 1998 a 1999. Recife: [s.n.], 2001.
173. Organización Panamericana De La Salud et al. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en países de América Latina. In: Reunión de evaluación y planificación del proyecto USAID/lac-ops-basics, 2., 1999, El Salvador. Anais Washington, D.C.: [s.n.], 2001. (Série HCT/AIEPI 49.E).
174. Passone EF. Políticas sociais de atendimento à infância e juventude: o caso da Fundação Abrinq. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
175. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. Rev Lat Am Enfermagem 2013; 21(2):554-561.
176. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: MS, 2005.
177. Sousa FGM, Erdmann AL. Qualificando o cuidado à criança na atenção primária de saúde. Rev Bras Enferm 2012; 65(5):795-802.
178. Penello LM, Pasche DF. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis primeiros passos para desenvolvimento nacional. Documento subsídio para elaboração do PAC-Saúde. [2009].

179. Passanha A et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. Rev Saúde Pública 2013; 47(6):1141-8.
180. Damasceno SS et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2961-2973.
181. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria INAMPS/MS n.18 de 1982. Institui a obrigatoriedade do alojamento conjunto.
182. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1016. Institui o alojamento conjunto em hospitais e maternidades do SUS. Diário Oficial da União, 01 set. 1993.
183. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento – PHPN. Diário Oficial da União, 08 jun. 2000.
184. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 693. Aprova norma para orientação para implantação do método mãe canguru, destinado a oferecer atenção humanizada ao RN de baixo peso. Diário Oficial da União, 06 jun. 2000.
185. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 322. Aprova normas gerais sobre banco de leite humano. Diário Oficial da União, 27 mai. 1988.
186. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2193. Define estrutura e atuação dos bancos de leite humano. Diário Oficial da União, 15 set. 2006.
187. Brasil. Lei n. 11.265 de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, 04 jan. 2006.
188. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 822. Institui no âmbito Sistema Único de Saúde, o programa nacional de triagem neonatal. Diário Oficial da União, 07 jun. 2001.
189. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2104. Institui no âmbito do SUS o Projeto Nascer-Maternidades. Diário Oficial da União, 21 nov. 2002.
190. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1091. Cria a unidade de Cuidados Intermediários neonatal, no âmbito do SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. Diário Oficial da União, 26 ago. 1999.
191. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1058. Institui a disponibilização gratuita da caderneta de saúde da criança. Diário Oficial da União, 05 jul. 2005.
192. Brasil. Fundo Nacional de desenvolvimento da Educação. Resolução/CDE/ FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE.

193. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 6 dez. 2007.

194. Casemiro JP et al. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014, 19(3):829-840.

195. Organização Pan-Americana da Saúde. Compromissos do Brasil para a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025). OPAS Brasil, 2015.

196. Prefeitura Municipal de Macaé. História. A antiga Macaé. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo/leitura/titulo/historia>. Acesso em: 15 mar. 2019.

197. Portal G1 – Região dos Lagos. Macaé, RJ, completa 200 anos de história e hospitalidade (29/07/2013). Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/regiao-dos-lagos/noticia/2013/07/macaee-rj-completa-200-anos-de-historia-e-hospitalidade.html>. Acesso em: 15 mar. 2019.

198. Milléo, GMD. Macaé, economia petrolífera e transformações no setor educacional: contribuições geográficas à configuração dessa realidade. Anais do XI Encontro Nacional da ANPEGE – a diversidade da geografia brasileira: escalas e dimensões da análise e da ação. 9 a 12 de outubro, 2015.

199. ODebateON. Notícias – Cidade – Educação. Macaé se consolida como a “Cidade do Conhecimento” (16/08/2019). Disponível em: <https://www.odebateon.com.br/macaee-se-consolida-como-a-cidade-do-conhecimento/>. Acesso em: 26 ago. 2019.

200. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. Atenção básica é prioridade para Secretaria de Saúde. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/atencao-basica-e-prioridade-para-secretaria-de-saude>. Acesso em: 18 mar. 2019.

201. Prefeitura Municipal de Macaé. Central de Notícias. NUAMC Aroeira comemora a Semana do Aleitamento Materno. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/nuamc-aroeira-comemora-a-semana-do-aleitamento-materno>. Acesso em: 18 mar. 2019.

202. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. NUAMC é referência em cuidado com gravidez de alto risco. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/nuamc-e-referencia-em-cuidado-com-gravidez-de-alto-risco>. Acesso em: 18 mar. 2019.

203. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. Prefeitura entrega unidade de saúde reformada. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/prefeitura-entrega-unidade-de-saude-reformada>. Acesso em: 18 mar. 2019.

204. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. Equipe do HPM comemora os 10 anos do hospital de referência da região. Disponível em:

<http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/equipe-do-hpm-comemora-os-10-anos-do-hospital-de-referencia-da-regiao>. Acesso em: 18 mar. 2019.

205. Prefeitura Municipal de Macaé. Central de Notícias. Curso do HPM orienta profissionais sobre amamentação. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/curso-do-hpm-orienta-profissionais-sobre-amamentacao>. Acesso em: 18 mar. 2019.

206. Prefeitura Municipal de Macaé. Central de Notícias. Ministério da Saúde elogia Programa de Saúde da Família de Macaé. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/ministerio-da-saude-elogia-programa-de-saude-da-familia-de-macaee>. Acesso em: 18 mar. 2019.

207. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. CRA realiza dois mil atendimentos por mês. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/cra-realiza-dois-mil-atendimentos-por-mes>. Acesso em: 26 ago. 2019.

208. Prefeitura Municipal de Macaé. Central de Notícias. Centro de Referência atende adolescentes de dez a 19 anos. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/centro-de-referencia-atende-adolescentes-de-dez-a-19-anos>. Acesso em: 26 ago. 2019.

209. Prefeitura Municipal de Macaé. Central de Notícias. Centro de Referência do Adolescente cria pré-natal para o pai. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/centro-de-referencia-do-adolescente-cria-pre-natal-para-o-pai>. Acesso em: 26 ago. 2019.

210. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. Secretaria de Saúde e grupo teatral Grutas pela amamentação. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/secretaria-de-saude-e-grupo-teatral-grutas-pela-amamentacao>. Acesso em: 18 mar. 2019.

211. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. Casa da Criança e do Adolescente será referência no atendimento pediátrico. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/casa-da-crianca-e-doadolescente-sera-referencia-no-atendimento-pediatrico>. Acesso em: 26 ago. 2019.

212. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria de Saúde. Casa da Criança oferece apoio sobre aleitamento materno. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/casa-da-crianca-oferece-apoio-sobre-aleitamento-materno>. Acesso em: 26 ago. 2019.

213. Humanize Saúde. Macaé. Equipe Interdisciplinar de Apoio à Gestação, Parto Humanizado, Puerpério e Amamentação. Disponível em: <https://pt-br.facebook.com/humanizemacaee/>. Acesso em: 26 ago. 2019.

214. Amor Líquido. Macaé. Projeto para incentivar e unir a sociedade de Macaé na luta pela implantação de um banco de leite humano. Disponível em: <https://www.facebook.com/amorliquidomacaee/>. Acesso em: 26 ago. 2019.

215. Mãe Orgânica. Macaé. Projeto socioambiental com loja de produtos (alimentícios e cosméticos naturais, orgânicos e biodinâmicos). Disponível em: <https://www.facebook.com/maeorganicabr/>. Acesso em: 26 ago. 2019.
216. Lourenço AEP et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a formação do nutricionista num campus de interiorização. *Demetra*, 2017; 12(1):41-58.
217. Tavares CD et al. Capacitação em alimentação infantil voltada para agentes comunitários de saúde da Atenção Básica de Macaé. *FIEP BULLETIN - Volume 85 - Special Edition - ARTICLE I - 2015*.
218. Waldman EA. A epidemiologia em medicina. In: Lopes AC, Amato Neto V (editores). *Tratado de Clínica Médica*. 2ª. Ed. São Paulo: Roca, 2009. v.1., p.50-65.
219. Medronho RA et al. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: 2ª. Ed. Atheneu, 2009.
220. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão do Primeiro Quadrimestre de 2015. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/midia/conteudo/arquivos/>. Acesso em: 10 fev. 2017.
221. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 jan. 2017.
222. National Cancer Institute. Surveillance Research. Joinpoint Regression Program, version 4.5.0.1. – jun 2017; Statistical Methodology and Applications Branch and Data Modeling Branch, Surveillance Research Program National Cancer Institute. Bethesda, Maryland, USA.
223. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with application to cancer rates. *Stat Med* 2000; 19:335-51.
224. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
225. Ferreira CS, Cherchiglia, ML, César CCO. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 13(2):167-177 abr./jun., 2013.
226. Skinner JD et al. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:1638-1646.
227. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr* 2009; 5(1):75-85.
228. Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

229. Moreira AF, Pedrosa JG, Pontelo I. O conceito de atividade e suas possibilidades na interpretação de práticas educativas. Rev. Ensaio. 2011; 13(3):13-29.

230. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

231. Sampaio J et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Interface 18 (suppl 2) Jan 2015.

CAPÍTULO 2 Artigos

Artigo 1

Evolução do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 15 anos do século XXI: um estudo no município de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil

Evolution of exclusive breastfeeding in the first 15 years of the 21TH century:
a study in the municipality of Macaé, Rio de Janeiro, Brazil

DEMETRA, Rio de Janeiro, v.14 Supl.1:e43562, novembro-2019 | 1-15

Alice Bouskelá^{1,2}, Jane de Carlos Santana Capelli¹, Camilla Medeiros Macedo da Rocha¹, Flavia Farias Lima¹, Naiara Sperandio¹, Vania de Matos Fonseca²

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Nutrição, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Macaé, RJ, Brasil.

²Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança, e do Adolescente. Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil.

Artigo oriundo da tese de doutorado intitulada “*Situação alimentar d crianças menores de 2 anos assistidas pela Rede de Atenção Básica de Macaé/RJ*”, pela Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF/FIOCRUZ).

O estudo tem como objetivo investigar a taxa de prevalência e a tendência temporal do aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes menores de quatro meses atendidos nas Unidades Básicas de Saúde das Estratégias de Saúde da Família (UBS/ESF) de Macaé, entre 2001 e 2015. Realizou-se estudo de série temporal que avaliou a evolução das taxas de prevalência de AME aos quatro meses, considerando o dado período, com caráter descritivo e uso de dados de base secundária, DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde via Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS. A análise de tendência de AME foi realizada por meio do *software Jointpoint Regression Program* para *Windows* versão 4.5.0.1. Foram analisados 56.454 registros. Para o total de crianças estudadas, o AME apresentou um aumento estatisticamente significativo de 47,2% para 69,0% entre 2001 e 2004. Para o período seguinte, a prática de AME sofreu variações até a prevalência de 73,5%, em 2015, com valor máximo de 76,8%, em 2013, mas as mesmas não apresentaram significância estatística nesse intervalo de tempo, com uma taxa anual média de 71,4% nos últimos dez anos. Uma otimista dinâmica de evolução quanto ao AME se estabeleceu durante mais de uma década no município fluminense, confirmando que o investimento em políticas e em diversas ações de promoção, proteção e apoio podem ter impacto positivo e devem permanecer para o contínuo e necessário aumento da prática de amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Tendências. Estudos de Séries Temporais. Política de Saúde.

This study aims to investigate the prevalence rate and the temporal trend of exclusive breastfeeding (EBF) in infants under four months of age attended at the Basic Health Units of Family Health Strategies (UBS/ESF) in Macaé, between 2001 and 2015. A time series study was conducted to evaluate the evolution of the prevalence rates of EBF at four months, considering the given period, with descriptive character and use of secondary data, DATASUS - Database of the Unified Health System via Basic Care Information System - SIAB/SUS. The EBF trend analysis was performed using the Jointpoint Regression Program software for Windows version 4.5.0.1. A total of 56,454 records were analyzed. For the total number of children studied, EBF presented a statistically significant increase from 47.2% to 69.0% between 2001 and 2004. For the following period, the practice of EBF varied until the prevalence of 73.5% in 2015, with a maximum value of 76.8% in 2013, but these variations did not show statistical significance in this time interval, with an average annual rate of 71.4% in the last ten years. An optimistic evolution dynamic regarding EBF has been established for more than a decade in the city of Rio de Janeiro, confirming that investment in policies and in various promotion, protection and support actions can have a positive impact and should remain for the continuous and necessary increase in breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Trends. Time Series Studies. Health Policy.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é reconhecido como a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, além da mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil.^{1,2}

As evidências são crescentes ao apontar o leite materno como um valioso alimento funcional a partir de seus inúmeros efeitos fisiológicos e de repercussões positivas ao estado nutricional do lactente, como na sua saúde em curto e longo prazos.^{3,4} Relatórios publicados recentemente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem tais benefícios, sejam os mesmos de impacto imediato, como pela comprovada redução da incidência e gravidade de infecções intestinais e respiratórias e menor risco de mortalidade nas crianças em aleitamento materno exclusivo (AME), sejam pela proteção contra doenças crônicas, como a obesidade.^{5,6}

Após uma “epidemia mundial do desmame”, decorrente da revolução industrial, esforços nacionais e internacionais se somaram a partir de meados da década de 1970 e, no Brasil, em 1981, foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) com o objetivo de incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce. Surgiram propostas como a implantação do alojamento conjunto, o início da amamentação imediatamente após o nascimento, a criação de leis sobre creche no local de trabalho e o aumento do tempo da licença maternidade.^{7,8}

Enquanto resultado de tais políticas, inquéritos nacionais que tratam das prevalências dos indicadores do AM no país demonstram uma expansão

quanto ao AME e segue com tendência ascendente até 2006; porém, com uma estabilização preocupante para os anos subsequentes (2006-2013).^{9,10}

Como um município da Região Norte do estado do Rio de Janeiro, de destaque por sua atividade petrolífera, Macaé tem investido em diversas ações em prol do AM, mas a escassez de estudos sobre a temática interfere na avaliação das políticas e programas locais. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e a tendência temporal do AME em lactentes menores de quatro meses, no âmbito da Atenção Básica do município de Macaé, ao longo dos primeiros 15 anos do século XXI.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de série temporal que avaliou a evolução das prevalências de AME, considerando o período de 2001 a 2015. O mesmo apresentou caráter descritivo com o uso de dados de base secundária. O estudo teve como unidade de análise o município de Macaé, localizado na região norte do estado do Rio de Janeiro (RJ), conhecido como a “Capital Nacional do Petróleo”.¹¹

Macaé possui uma área territorial de 1.216,846 Km² e, pelo último censo demográfico, uma população residente de 206.728 habitantes, a 13^a cidade mais populosa do estado do RJ, classificada como de médio porte. A população é predominantemente urbana, com respectivos 202.859 domicílios e 3.869 domicílios rurais, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹² A coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2017 e foi realizada através do site DATASUS – Banco de

Dados do Sistema Único de Saúde via Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS.¹³

As variáveis captadas em tal banco de dados foram: lactentes menores de quatro meses em AME; e lactentes menores de quatro meses assistidos nas Unidades Básicas de Saúde das Estratégias de Saúde da Família (UBS/ESF) do referido local, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2015.

O banco de dados foi construído utilizando-se o software *Microsoft Excel for Windows*® 2010. Na análise descritiva, foram utilizados os dados absolutos de AME, e posteriormente, foram calculadas as prevalências anuais e mensais, conforme demonstrado a seguir.

Prevalências mensais do AME (PM_AME)

$$PM_AME = \frac{\text{número (nº) total de lactentes < quatro meses em AME em cada mês} \times 100}{\text{nº total de lactentes < quatro meses assistidas nas UBS/ESF no respectivo mês}}$$

nº total de lactentes < quatro meses assistidas nas UBS/ESF no respectivo mês

Prevalências anuais do AME (PA_AME)

$$PA_AME = \frac{\sum \text{prevalências mensais de lactentes < quatro meses em AME} \times 100}{\text{nº total de lactentes < quatro meses assistidas nas UBS/ESF no respectivo mês}}$$

A partir dos dados resgatados no DATASUS, a análise de tendência de AME foi realizada por meio do *software Jointpoint Regression Program* para *Windows* versão 4.5.0.1, disponibilizado pelo *National Cancer Institute* – NCI, USA. Essa análise por regressão linear segmentada foi utilizada para identificar os possíveis *jointpoints* que refletem mudanças significativas na tendência

estudada, considerando, como variável regressora, as referidas prevalências e, como independente, o ano.

O programa foi aplicado para calcular, através da modelagem pelo método *Jointpoint*, a mudança percentual anual (MPA ou, em inglês, *Annual Percentage Change – APC*) e avaliar a tendência de cada segmento analisado, estimando os valores estatisticamente significativos considerando um nível de confiança de 95%. A análise de tendência foi realizada de forma descritiva e de forma analítica, por meio de tabelas e figuras. A descrição considerou “aumento” ou “redução” a partir da significância estatística ($p < 0,05$) da tendência (ativo/declive). E, para os valores de APC não significativos, os mesmos foram considerados “estáveis”.

O estudo em questão utilizou dados secundários, de domínio público, disponíveis no DATASUS, sem a possibilidade de identificação de sujeitos, em acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.¹⁴ Não necessitou, assim, de apreciação por parte de um Comitê de Ética em Pesquisa para a respectiva avaliação quanto aos riscos a seres humanos. De qualquer forma, o referido estudo está inserido no projeto de pesquisa “Amamenta e alimenta na Atenção Primária à Saúde do município de Macaé – Rio de Janeiro” aprovado pelo respectivo comitê da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, sob o número CAAE: 30378514.1.0000.5244.

Ademais, o estudo contou com a autorização para a utilização dos dados para análise e divulgação dos resultados, a qual foi concedida pela Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição –

CATAN/Secretaria Municipal de Saúde de Macaé – SEMUSA Macaé, Rio de Janeiro.

RESULTADOS

Foram analisados 56.454 registros de lactentes menores de quatro meses assistidos pelas UBS/ESF do município de Macaé-RJ, entre 2001 e 2015. As taxas de prevalências anuais encontradas de AME aos quatro meses estão representadas na tabela 1. Para o total de crianças estudadas, o AME apresentou um aumento estatisticamente significativo de 47,2% para 69,0% entre 2001 e 2004. Para o período seguinte, a prática de AME sofreu variações até a taxa de prevalência observada de 73,5% em 2015, com um valor máximo de 76,8%, em 2013, mas as mesmas não apresentaram significância estatística nesse intervalo de tempo, com uma taxa de prevalência anual média de 71,4% nos últimos dez anos (Figura 1).

TABELA 1

FIGURA 1

As taxas de prevalência observadas neste estudo são classificadas como “boas” (50-89%) de acordo com os indicadores de AM, segundo parâmetros da OMS, publicados em 2008.¹⁵

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu conhecer a tendência temporal do AME no município de Macaé e analisar tal evolução perante o histórico diferenciado do serviço de saúde local. Entre 2001 e 2004, observou-se uma tendência ascendente com um acréscimo estatisticamente significativo nas taxas de

prevalências de AME, alcançando o valor de 69,0%. No período de 2004-2015, as prevalências de AME se mantiveram estáveis e não apresentaram significância estatística, mas com um resultado positivo de taxa de prevalência anual média de 71,4%.

Na década de 90, Labbok e colaboradores¹⁶ avaliaram a tendência do AME, entre 1990 e 2000, em países em desenvolvimento, observando uma elevação de 46,0% para 53,0% em crianças menores de quatro meses e, de 34,0% para 39,0% em menores de seis meses. Os autores sugerem que as intervenções de apoio à amamentação que marcaram a época do estudo, respaldadas pela implementação da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância¹⁷, foram responsáveis pelo dado progresso.

Ao avaliar os inquéritos populacionais das décadas anteriores, anos 70 e 80, Venâncio & Monteiro⁷ retrataram a tendência temporal de duas décadas com relação à amamentação no Brasil e confirmaram o esperado aumento quanto à sua frequência e duração. Entre 1975 e 1989, a duração mediana da amamentação, considerando crianças com um, dois, três, quatro, seis, e 12 meses de idade, foi mais do que duplicada considerando todo o país, passando de dois meses e meio para cinco meses e meio. De forma destacável, em 1975, o percentual de crianças de quatro meses amamentadas foi de 40,0%, passando para 57,0% em 1989. Os autores supracitados destacam que o contexto sócio-político-cultural vigente foi apontado como o articulador de tal processo, sendo caracterizado por políticas governamentais pró-amamentação iniciadas na década de 80, como a criação do PNIAM responsável por extensa campanha na imprensa.

No âmbito internacional, o Brasil assinou a Declaração de Innocenti, em 1991¹⁸, incorporando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS/Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) às atividades do PNIAM, e promovendo, anualmente, no mês de agosto, a Semana Mundial da Amamentação (SMAM). Após este marco, demais eventos importantes ocorreram para a proteção legal do AM, como a aprovação do sistema de alojamento conjunto, em 1993,¹⁹ e da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1988, e regulamentada pela lei nº. 11.265/2006;²⁰ da extensão da licença-maternidade para 120 dias e a criação da licença-paternidade de 5 dias, na Constituição de 1988.²¹

Em momento posterior, demais políticas e programas do governo brasileiro ocorreram a favor do AM, como a Humanização do Pré-natal e Nascimento,²² o Método Mãe Canguru,²³ os Bancos de Leite Humano (BLH),²⁴ a Triagem Neonatal,²⁵ o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos^{26,27} e a distribuição da Caderneta de Saúde da Criança a todas as crianças nascidas em território brasileiro.²⁸

Atualmente, o incentivo ao AM na Atenção Básica, acontece por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), do Ministério da Saúde (MS), que é resultante da integração, em 2012, da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpacs). A EAAB visa reforçar e incentivar a promoção do AM e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da qualificação dos profissionais atuantes nas UBS.²⁹

Entretanto, apesar dos esforços empreendidos em prol do AM, a situação desta prática tão valiosa permanece aquém das metas nacionais e internacionais.³⁰ De acordo com a UNICEF e a OMS,³¹ considerando 194 nações, apenas 40,0% das crianças menores de seis meses de vida são amamentadas exclusivamente; e somente 23 países apresentam taxas de AME acima de 60,0%.

No Brasil, a prevalência de AME em 2008, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, foi de 41,0%,³² sendo considerado um percentual “razoável” de acordo com a OMS.¹⁵ Alguns fatores podem vir a contribuir negativamente com essa prevalência, sendo alguns deles: o retorno materno ao trabalho, a falta de apoio por parte da equipe de saúde, a grande veiculação de propagandas de fórmulas, nível socioeconômico, escolaridade e até mesmo aspectos culturais.³³

Ao atualizar a tendência dos indicadores de AM no Brasil, Boccolini et al.¹⁰ observaram que as prevalências de AME em lactentes menores de seis meses de vida tiveram tendência ascendente até 2006, ou seja, aumentaram de 4,7% em 1986 para 37,1% (em 2006). No entanto, ocorreu relativa estabilização entre 2006 e 2013 (36,6%), o que deve impor, segundo os autores, uma avaliação e revisão das políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao AM.

Na verdade, devido à extensa dimensão territorial brasileira e às diferentes iniciativas locais de promoção do AME, é possível observar oscilações em relação às taxas de AME. Como exemplo, no município de

Bauru-SP, a prevalência de AME em menores de seis meses quase triplicou no período estudado, passando de 8,5% em 1999 para 24,2% em 2006. Para esse desfecho positivo, os autores responsabilizaram as ações organizadas em promoção e apoio ao AM junto às mães do município, assim como investimentos na capacitação de profissionais que atuam na rede pública de Atenção Básica à saúde e em maternidades e na promoção do AM na mídia local mediante organização de eventos.³⁴ Queluz et al.³⁵ detectaram, no município de Serrana-SP, uma prevalência de AME em crianças menores de seis meses, no ano de 2009, de 29,8%, um resultado similar ao estudo anterior. Já em Londrina, Paraná-PR, Souza et al.³⁶ encontraram uma prevalência de AME de 33,8% em lactentes menores de seis meses, no ano de 2008, destacando o intenso comprometimento dos profissionais de saúde locais em desenvolver ações para a melhoria dos índices de AM.

Em Pelotas-RS, em 2010, Stephan et al.³⁷ verificaram que 33,7% das mães entrevistadas amamentaram exclusivamente até o sexto mês. Tal estudo foi realizado em uma unidade de Saúde da Família do município e reconheceram que os seus resultados não foram diferentes de outros estudos conduzidos no país. Já, em Palmas-TO, Borges et al.³⁸ constataram que a maioria (64,0%) das entrevistadas praticava AME, destacando que este resultado satisfatório e acima da média nacional foi devido às orientações e auxílio prestados pelos profissionais do BLH presente na maternidade pública local, como relatado pelas próprias mães do estudo.

No município de Macaé-RJ, alguns marcos importantes para a Saúde Pública se deram em 2003 e 2004, período de aumento significativo quanto às taxas de AME e, talvez, possam justificar tal avanço. No primeiro ano, teve

início à comemoração da SMAM no Núcleo de Atenção à Mulher e à Criança (NUAMC), centro especializado de média complexidade do município. Diversas ações de incentivo ao AM passaram a ocorrer ao longo de todo o ano, com o envolvimento irrestrito da respectiva equipe multiprofissional.³⁹ Em 2004, foi inaugurado o Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva (HPM) e referência para a Região Norte Fluminense, tanto para procedimentos de emergência, como a sua própria maternidade.⁴⁰ O projeto HPMame foi um exemplo de oportunidade para a atualização de todos os profissionais de saúde do município, seja da rede pública ou privada, no tema amamentação.⁴¹ No mesmo ano, o MS escolheu Macaé para participar do plano piloto de implantação do novo SIAB, pelo mérito de apresentar uma base de dados muito bem organizada.⁴²

Demais ações igualmente colaboram para a manutenção de boas taxas de AME no município diante do auxílio prestado em centros especializados, como no Centro de Referência do Adolescente (CRA), e da promoção de cursos destinados às gestantes e nutrizes que abordam tal temática.^{43,44} Isso foi possível por meio da Secretaria Municipal de Saúde, a qual promove semelhante incentivo através de outras parcerias, como com o grupo teatral Grutas de atuação em ESF, abordando as dúvidas sobre amamentação com diálogos divertidos.⁴⁵ Outros exemplos de atividades conjuntas seriam com a CATAN e com a Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira, iniciadas em 2010, devido à implantação do curso de Nutrição e demais áreas da saúde em agosto de 2009. A partir de 2012, as mesmas se intensificaram e renderam salas de espera, oficinas, palestras e

capacitações para o público em geral, para agentes comunitários de saúde e para outros profissionais atuantes no município.^{46,47}

Por fim, é importante considerar que o sistema de informação em saúde DATASUS/SIAB disponibiliza dados de crianças em AME com idade abaixo de quatro meses acompanhadas pelas UBS/ESF de Macaé, inviabilizando conhecer a realidade do AME em menores de seis meses para o referido município. Ademais, estudos com dados secundários podem apresentar ressalvas quanto à qualidade da informação por subnotificação ou dados incompletos, além de aspectos relativos à falta de padronização na coleta de dados. Outra limitação refere-se à cobertura da ESF no município, a qual corresponde a aproximadamente 60,0% da população total residente em Macaé, ao final do período retratado por este estudo. Assim, não é possível extrapolar os resultados encontrados para a totalidade da população de lactentes menores de quatro meses.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados revelaram uma otimista dinâmica de evolução quanto ao AME durante mais de uma década em um município fluminense, ao início do século XXI. Foi possível demonstrar o quanto essa importante prática pode sofrer alterações positivas ao longo dos anos, sugerindo que o investimento em ações de promoção, proteção e apoio pode, realmente, impactar no aumento de sua prevalência. É fundamental que seja dada continuidade ao incentivo do AM para que os indicadores alcancem patamares elevados.

Não obstante, este estudo retrata um município que reúne um contexto político organizacional diferenciado a favor da amamentação, com um retorno benéfico para a população infantil residente, assim como para toda a comunidade macaense. Estima-se, desta forma, contribuir para a avaliação e reflexão sobre políticas e programas municipais relacionados ao AM.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Lönnerdal, B. Breast milk: a truly functional food. *Nutrition* 2000; 16(7/8):5100-5111.
4. German JB, Dillard CJ, Ward RE. Bioactive components in milk. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2002; 5(6):653-658.
5. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. WHO Geneva: 2013.
6. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. WHO Geneva: 2013.
7. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiologia* 1998; 1(1):40-49.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno – PNIAM. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
9. Venâncio SI, Saldiva SR, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(6):1205-8.
10. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(108):1-9.
11. Macaé. Prefeitura de Macaé. Capital Nacional do Petróleo. [Acesso em 02 mai. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo/leitura/titulo/capital-nacional-do-petroleo>.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [Acesso em 08 mai. 2019]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
13. Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). [Acesso em 29 abr. 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 13 jun. 2013; 1:59.
15. Lauer JA, Betran AP, Barros AJD, Onis M. Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. *Publ Health Nutr.* 2006; 9(6):673-685.
16. Labbok MH, Wardlaw T, Blanc A, Clark D, Terreri N. Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. *J Hum Lact.* 2006; 22:272-276.
17. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005.
18. World Health Organization. Innocenti declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecol Food Nutr.* 2010; 26(4):271-3.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1016. Institui o alojamento conjunto em hospitais e maternidades do SUS. Diário Oficial da União, 01 set. 1993.
20. Brasil. Lei n. 11.265 de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, 04 jan. 2006.
21. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento – PHPN. Diário Oficial da União, 08 jun. 2000.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 693. Aprova norma para orientação para implantação do método mãe canguru, destinado a oferecer atenção humanizada ao RN de baixo peso. Diário Oficial da União, 06 jun. 2000.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2193. Define estrutura e atuação dos bancos de leite humano. Diário Oficial da União, 15 set. 2006.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 822. Institui no âmbito Sistema Único de Saúde, o programa nacional de triagem neonatal. Diário Oficial da União, 07 jun. 2001.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos/Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
27. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed., 2013.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1058. Institui a disponibilização gratuita da caderneta de saúde da criança. Diário Oficial da União, 05 jul. 2005.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União. 06 set 2013; Seção 1.
30. Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2017.
31. United Nations Children's Fund. World Health Organization. Global Breastfeeding Scorecard. Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. July 2017.
32. Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2009.
33. Guimarães AAS, Versiani CC, Pereira, LB, Silva V. Fatores que levam ao abandono do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de vida: uma revisão de literatura. Revista Digital. Buenos Aires 2013; 18(181).
34. Parizoto GM, Parada CM, Venancio SI, Carvalhaes MA. Trends and Patterns of Exclusive Breastfeeding for Under-6-month-old Children. J Pediatr (Rio J). 2009; 85(3):201-208.
35. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3):537-43.
36. Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. Acta Paul Enferm 2012; 25(1):29-35.
37. Stephan AMS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no Município de Pelotas,

Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(3):431-438.

38. Borges NR, Sousa DKS, Pereira RJ, Castro JGD. Caracterização e prevalência do aleitamento materno em uma população atendida na rede pública de saúde de Palmas/TO, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde* 2016; 18(4):30-36.

39. Macaé. Prefeitura de Macaé. Nuamc Aroeira comemora a Semana do Aleitamento Materno. [Acesso em 04 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/nuamc-aroeira-comemora-a-semana-do-aleitamento-materno>.

40. Macaé. Prefeitura de Macaé. Maternidade do HPM ganha novos equipamentos. [Acesso em 04 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/maternidade-do-hpm-ganha-novos-equipamentos>.

41. Macaé. Prefeitura de Macaé. Curso do HPM orienta profissionais sobre amamentação. [Acesso em 04 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/curso-do-hpm-orienta-profissionais-sobre-amamentacao>.

42. Macaé. Prefeitura de Macaé. Ministério da Saúde elogia Programa de Saúde da Família de Macaé. [Acesso em 04 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/ministerio-da-saude-elogia-programa-de-saude-da-familia-de-macaee>.

43. Macaé. Prefeitura de Macaé. Saúde intensifica ações de promoção ao aleitamento materno. [Acesso em 05 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/saude-intensifica-acoes-de-promocao-ao-aleitamento-materno>

44. Macaé. Prefeitura de Macaé. Continuam abertas inscrições para curso de gestantes e lactantes. [Acesso em 05 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/continuam-abertas-inscricoes-para-curso-de-gestantes-e-lactantes>

45. Macaé. Prefeitura de Macaé. Peça Dona Mama destaca amamentação na Semana do Aleitamento Materno. [Acesso em 05 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/peca-dona-mama-destaca-amamentacao-na-semana-do-aleitamento-materno>.

46. Lourenço AE, Cordeiro AA, Capelli JCS, Oliveira RBA, Pontes PV, Almeida MFL, Barros LB. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a formação do nutricionista num *campus* de interiorização. *Demetra* 2017; 12(1):41-58.

47. Capelli JCS, Rocha CMM, Braga FAMN, Lima FF, Rodrigues VS, Almeida MFL, Sperandio N, Monteiro LS, Viana MR, Latorre CG, Bouskela A. Ações de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida em Macaé. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN*. 2018; 9(2):9-16.

Tabela 1. Taxas de prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME) aos quatro meses de idade por ano de estudo. Macaé-RJ, 2001-2015.

Ano	Valor observado % (EP)^a	Valor modelado
2001	47,2 (0,9)	47,5
2002	52,9 (0,9)	54,2
2003	64,6 (0,8)	61,9
2004 ^b	69,0 (0,7)	70,6
2005	69,8 (0,7)	70,8
2006	72,7 (0,7)	71,1
2007	72,2 (0,7)	71,3
2008	70,4 (0,7)	71,5
2009	72,8 (0,8)	71,8
2010	72,0 (0,8)	72,0
2011	68,6 (0,7)	72,2
2012	71,6 (0,7)	72,5
2013	76,8 (0,7)	72,7
2014	70,5 (0,8)	72,9
2015	73,5 (0,7)	73,2

^aErro padrão da estimativa.

^bJoinpoint.

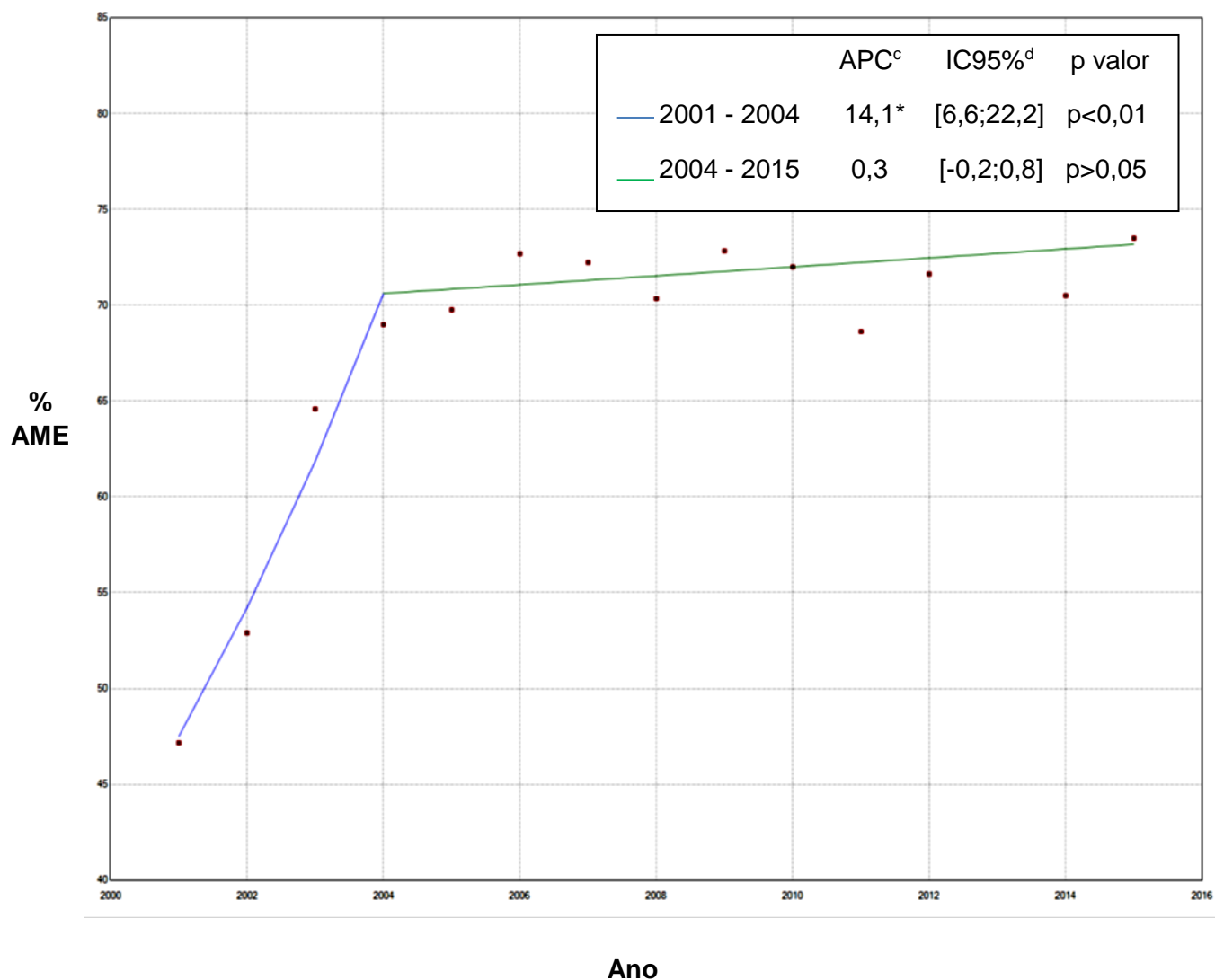


Figura 1. Tendência das prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes menores de quatro meses de idade, Macaé, Rio de Janeiro, RJ, 2001-2015.

Legenda:

^cAnnual Percentage Change.

^dIntervalo de confiança no nível 95%.

*Dados estatisticamente significativos.

Artigo 2

Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil

Situation of the supplementary diet of children between 6 and 24 months attended in the Primary Care Network of Macaé, RJ, Brazil

Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):977-986, 2016

Leticia Maia Forte Marinho¹; Jane de Carlos Santana Capelli¹; Camilla Medeiros Macedo da Rocha¹; Alice Bouskela¹; Cleber Nascimento do Carmo²; Silvia Eliza Almeida Pereira de Freitas³; Alexandra da Silva Anastácio³; Maria Fernanda Larcher de Almeida¹; Juliana da Silva Pontes⁴.

¹Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Campus UFRJ Macaé. R. Professor Aloisio Teixeira Gomes da Silva 50, Granja dos Cavaleiros. 27930- 560 Macaé RJ Brasil. jcscapelli@gmail.com

²Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³Faculdade de Nutrição, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

⁴Curso de Enfermagem e Obstetrícia, UFRJ. Macaé RJ Brasil.

Abstract *This study aimed to analyze the supplementary nutritional situation of children aged 6-24 months attended by the Primary Care unit of Macaé/RJ. It was conducted as a cross-sectional study, and data was obtained from the SISVAN Web website, including and analyzing all of the records (n=218) of children between 6-24 months in the year 2013. In infants between 6-12 months, the consumption of 72.3% of vegetables, 75.3% of fruits, and 63.4% of meats was detected, considered indicators of healthy supplementary nutrition. In contrast, 23.8% were already consuming sugar-based food sources (honey, molasses, simple sugar, and unrefined cane sugar), 34.7% industrialized juice, and 17.8% soft drinks. The consumption of industrialized juice was significantly greater in boys (p-value <0.001). In children between 12-18 months, 77.6% consumed vegetables, 77.4% fruits, and 86.3% meats. The consumption of sugar-based foods was 31%, 58.6% for industrialized juices, and 50% for soft drinks. Between 18-24 months, it was recorded that 89.9% of children consumed vegetables, 83.1% fruits, and 96.7% meat. The consumption of sugar-based foods was 33.9%, 69.5% for industrialized juices, and 55.5% for soft drinks. We conclude that the indicators of healthy complementary nutrition come close to the target set by the Ministry of Health (80%).*

Key words *Child health, infants, complementary nutrition*

Resumo O estudo objetivou analisar a situação da alimentação complementar de crianças entre 6-24 meses assistidas na Atenção Básica de Saúde de Macaé/RJ. Realizou-se um estudo seccional e os dados foram obtidos do SisvanWEB, sendo incluídos e analisados todos os registros ($n = 218$) de crianças entre 6-24 meses, no ano de 2013. Em lactentes entre 6-12 meses detectou-se o consumo de 72,3% de verduras/legumes, 75,3% de frutas e 63,4% de carnes, sendo considerados indicadores de alimentação complementar saudável. Em contrapartida, 23,8% já consumiam alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), 34,7% suco industrializado e 17,8% refrigerantes. O consumo de suco industrializado foi significativamente maior em meninos (p valor $< 0,001$). Em crianças entre 12-18 meses detectou-se que 77,6% consumiam verduras/legumes, 77,4% frutas e 86,3% carnes. O consumo de alimentos fontes de açúcar era de 31%, 58,6% de suco industrializado e 50% de refrigerantes. Entre 18-24 meses, observou-se 89,9% das crianças consumindo verduras/legumes, 83,1% frutas e 96,7% carnes. O consumo de alimentos fontes de açúcar foi de 33,9%, 69,5% de suco industrializado e 55,5% de refrigerantes. Concluiu-se que os indicadores de alimentação complementar saudável se aproximam da meta do Ministério da Saúde (80%).

Palavras-chave Saúde da criança, Lactente, Alimentação complementar

Introdução

As práticas alimentares saudáveis nos dois primeiros anos de vida do ser humano interferem positivamente no seu estado nutricional e na sua sobrevivência, favorecendo o seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento, bem como em sua vida adulta¹.

Nos primeiros seis meses de vida do lactente, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo e, após esse período, a introdução da alimentação complementar adequada e oportuna^{2,3}, uma vez que irá satisfazer suas necessidades nutricionais, prevenir o aparecimento de doenças, auxiliar no aspecto psicológico, motor, cognitivo e possibilitar a aquisição de forma progressiva dos hábitos alimentares da família⁴⁻⁹. Nessa fase, o lactente entrará em um novo ciclo, no qual serão apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes que até então desconhecia¹⁰. Refere-se, portanto, a alimentação complementar, como a alimentação no período em que outros alimentos, sólidos, semissólidos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno¹¹. Nesta fase, cabe ao profissional de saúde traduzir os conceitos sobre alimentação complementar de forma prática à comunidade que assiste, lembrando que os familiares e demais cuidadores da criança passam a interagir mais com o lactente em contribuição à sua adequada nutrição^{3,4,10,12}.

O tipo de alimentação complementar introduzida na infância não influencia apenas o estado nutricional atual da criança, mas também nas suas preferências alimentares na fase adulta¹⁰⁻¹². Por isso, é perfeitamente aceitável que o aumento do consumo de legumes e frutas em etapa precoce da vida possa levar à manutenção deste hábito, contribuindo futuramente no controle de peso e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial, diabetes mellitus¹³⁻¹⁷.

Ao analisar a situação da alimentação complementar no Brasil, no período entre 1999 a 2008, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal apontou a introdução precoce de água, chá e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente, ainda no primeiro mês de vida. A pesquisa detectou também que pouco mais de um quinto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e quase um quarto delas recebia frutas (24,4%). Por outro lado, 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semissólidos, não recebiam comida salgada. Nessa mesma faixa etária, 69,8% das crianças haviam consumido em algum momento frutas e 70,9% verduras e legumes. Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, constatou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerante (11,6%) e, especialmente, de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses¹⁸. Diante desse quadro, em 2010, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), que foi incorporada à Estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil, em 2012, como forma de orientar e capacitar profissionais de saúde, visando o fortalecimento das ações voltadas ao incentivo e promoção da introdução da alimentação complementar adequada e oportuna de crianças menores de 24 meses na Rede de Atenção Básica de Saúde, e conseqüentemente, na formação de hábitos alimentares desde o início da vida do ser humano⁴.

Poucos são os estudos sobre a situação da alimentação complementar no país e, especificamente no município de Macaé, não há estudos sobre esse tema. A Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Catan/Semusa Macaé é responsável pelo Sisvan na Rede de Atenção à Saúde, recebendo mensalmente, de forma contínua, desde 2012, dados sobre consumo alimentar da população, em todas as

fases do curso da vida, com abrangência de 36% da população assistida. É responsável também pela alimentação de dados do Sisvan WEB. Em 2013, a Catan realizou uma chamada nutricional para crianças menores de 60 meses, visando ampliar o conhecimento sobre o consumo alimentar do público infantil residente de Macaé. Essa chamada aconteceu na Segunda Campanha Anual de Vacinação, uma vez que há uma demanda praticamente universal de mães e crianças aos postos de vacinação, com cerca de 90% de abrangência^{13,14}. Os dados obtidos na chamada nutricional foram digitados e disponibilizados para análise no site do Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/Sisvan WEB, de acesso restrito.

Desta forma, o presente estudo objetivou analisar a situação da alimentação complementar de crianças entre 6-24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica do município de Macaé/RJ.

Casuística e métodos

Um estudo seccional, descritivo, quantitativo e de base secundária foi realizado, com o banco de dados, de acesso restrito, disponibilizado no site¹⁹. A base de dados do Sisvan Web, referente ao ano de 2013, forneceu relatórios da população de estudo, constituída de todos os registros de crianças entre 6-24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica do município de Macaé, e incluídos na análise.

As variáveis selecionadas dos dados demográficos foram: sexo (masculino e feminino) e faixa etária (6-12 meses; 12-18 meses; 18-24 meses). As variáveis dos marcadores de alimentação saudável foram: consumo de verduras/legumes, frutas, carnes; e dos marcadores de alimentação não saudável foram: consumo de alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), suco industrializado e refrigerantes.

Para fins de análise da alimentação complementar saudável foram utilizados indicadores definidos na Enpacs⁴:

- Indicador 1: percentual de crianças de 6-24 meses que tenham consumido de verduras/legumes no dia anterior ao registro.
- Indicador 2: percentual de crianças de 6-24 meses que tenham consumido frutas no dia anterior ao registro.
- Indicador 3: percentual de crianças de 6-24 meses que tenham consumido carnes no dia anterior ao registro.

A meta do Ministério da Saúde é de que as prevalências dos indicadores de alimentação saudável (verduras/legumes, frutas e carnes) do dia anterior ao registro, em crianças menores de 24 meses, segundo sexo e faixa etária, sejam iguais ou superiores a 80%⁴.

A análise descritiva da distribuição dos marcadores de alimentação saudável e não saudável segundo covariáveis do estudo foi realizada por meio de distribuições de frequência e aplicação dos testes estatísticos qui-quadrado e exato de Fisher para comparação de ocorrência do fenômeno entre os diferentes grupos. Os dados foram apresentados na forma de tabela e gráficos. O programa computacional SPSS 20.0 foi utilizado para as análises estatísticas e o nível de significância de 5% foi considerado em todas. A análise e a divulgação dos dados foram autorizadas pela gestão da Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição/Secretaria Municipal de Saúde do município de Macaé/RJ.

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes.

Resultados

Foram analisadas as informações de 218 crianças entre 6-24 meses, sendo a maioria (50,4%) do sexo masculino.

De acordo com os indicadores de alimentação complementar saudável do dia anterior, detectou-se que 78,9% (n = 172) das crianças de 6-24 meses consumiam verduras/legumes; 78% (n = 170) consumiam frutas; e 78% (n = 170) consumiam carne. Resultados estes próximos à meta recomendada pelo Enpacs (80%).

A Tabela 1 apresenta os marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo faixa etária, de crianças assistidas na Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Macaé. Detectou-se que, entre 6-12 meses, as crianças apresentavam os percentuais de consumo de carnes, verduras/legumes e frutas, variando de 63,4% a 75,3%. Em contrapartida, o percentual de consumo de refrigerantes, alimentos fontes de açúcar e suco industrializado variou de 17,8% a 34,7%. Na faixa entre 12-18 meses, detectaram-se percentuais de consumo de frutas, verduras/legumes e carnes, variando de 77,4% a 86,3%; já os alimentos fontes de açúcar, refrigerantes e suco industrializado apresentaram percentuais variando de 31% a 58,6%. Entre 18-24 meses, os percentuais de consumo de frutas, verduras/legumes e carnes variaram de 83,1% a 96,7%; e os percentuais para o consumo de alimentos fontes de açúcar, refrigerantes e suco industrializado variaram de 33,9% a 69,5%.

Para os marcadores de alimentação saudável, detectou-se que a prevalência de consumo de carne foi significativamente maior nas crianças entre 18-24 meses (p valor = 0,000), assim como a de consumo de verduras/legumes (p valor = 0,045). Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, verificou-se que o consumo dos três é iniciado muito precocemente na faixa etária de 6-12 meses, com prevalência crescente até a faixa

etária de 18-24 meses, tendo um aumento estatisticamente significativo para o de refrigerantes (p valor = 0,000) e suco industrializado (p valor = 0,000) (Tabela 1).

Tabela 1. Marcadores de alimentação não saudável e saudável segundo faixa etária, de crianças entre 6-24 meses (n=218) assistidas na Rede de Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/SisvanWeb, 2013.

Marcadores de Alimentação	Faixa etária* (n) %				p valor**
	6-24 (218)	6-12 (101)	12-18 (58)	18-24 (59)	
Não Saudável					
Refrigerantes	36,7	17,8	50,0	55,5	0,000
Suco Industrializado	50,5	34,7	58,6	69,5	0,000
Açúcar	28,4	23,8	31,0	33,9	0,343
Saudável					
Carnes	78,0	63,4	86,3	96,7	0,000
Frutas	78,0	75,3	77,4	83,1	0,515
Verduras/Legumes	78,9	72,3	77,6	89,9	0,045

*faixa etária dos lactentes que compuseram a amostra expressa em meses de vida.

**p valor do teste qui-quadrado para comparação de prevalências de consumo nas três faixas etárias (6-12 meses, 12-18 meses e 18-24 meses de vida).

Segundo sexo e faixa etária, detectaram-se percentuais de consumo mais elevados de todos os alimentos complementares em crianças do sexo masculino, entre 6-12 meses, com os marcadores de alimentação saudável variando de 66,7% a 83,3%, com destaque para o consumo de frutas e verduras/legumes. Os marcadores de alimentação não saudável variaram de 20,1% a 43,7%, destacando-se o consumo de suco industrializado, que foi significativamente maior em meninos (41,7% *versus* 28,3%, p valor < 0,001) (Figura 1).

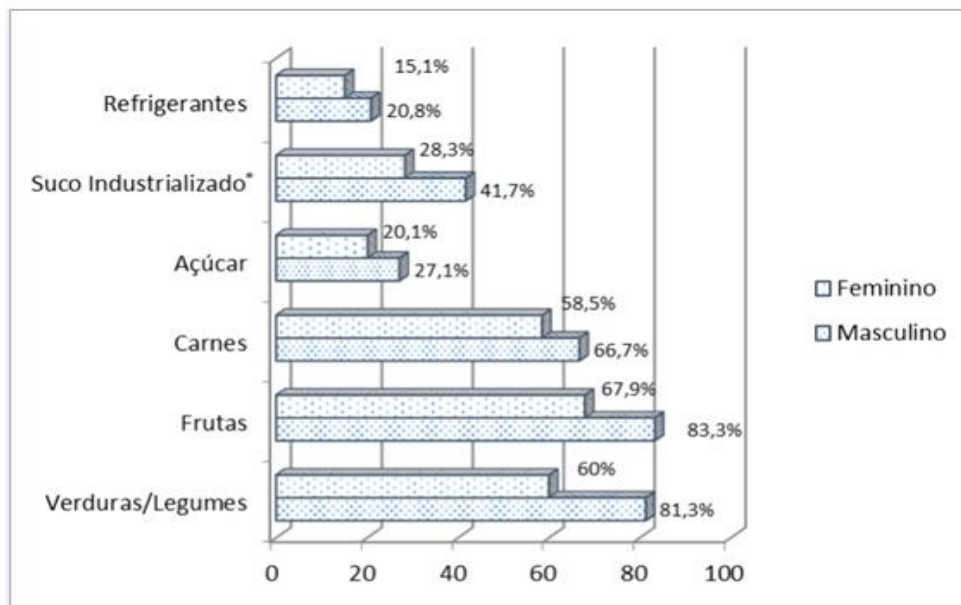


Figura 1. Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de lactentes entre 6-12 meses (n=101), assistidos na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/Sisvan Web, 2013.

* p valor <0,001 no teste de qui-quadrado para comparação de prevalências entre sexos.

Na faixa entre 12-18 meses, essa situação se inverte segundo sexo, detectando-se percentuais elevados para os alimentos complementares em crianças do sexo feminino, com os marcadores de alimentação saudável apresentando valores acima de 80%, destacando-se o consumo de frutas (96,4%); e os marcadores de alimentação não saudável variando de 28,6% a 60,7%, destacando-se o consumo de refrigerantes e suco industrializado. Os alimentos fontes de açúcar tiveram menor percentual (28,6%) quando comparados às crianças do sexo masculino (33,3%) (Figura 2).

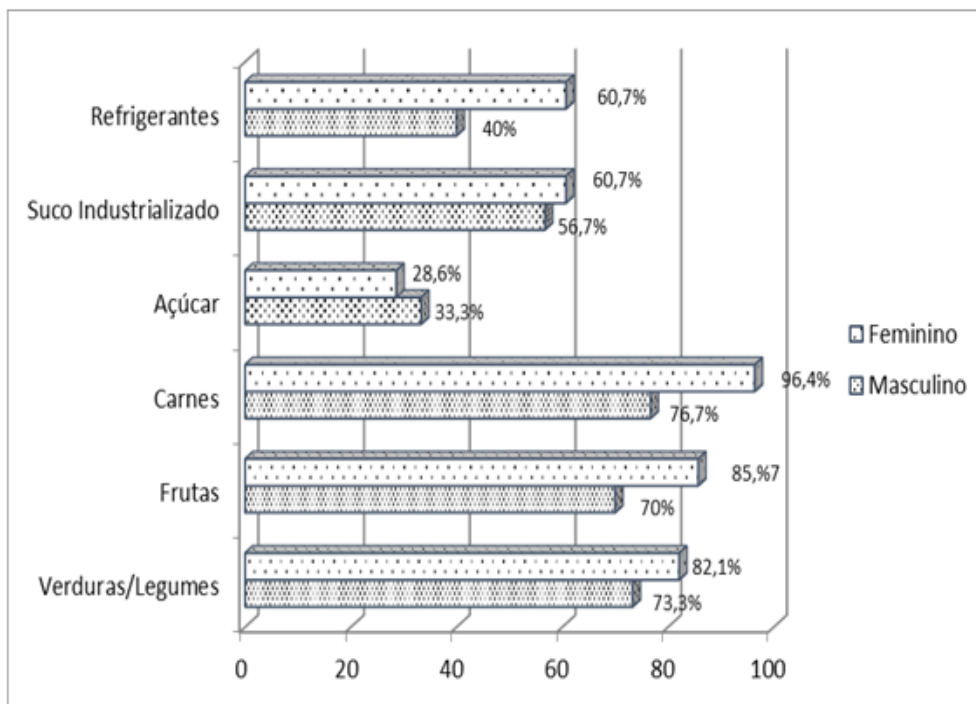


Figura 2. Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de crianças entre 12-18 meses (n=58), assistidas na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/Sisvan Web, 2013.

Analisando a faixa entre 18-24 meses, detectaram-se percentuais elevados para o consumo de alimentos complementares em ambos os sexos. O consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável foi elevado, porém, em crianças do sexo masculino, as frutas apresentaram o menor percentual nessa faixa etária (73,3%). Quanto ao consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável, detectaram-se percentuais acima de 50% para o consumo de refrigerantes e suco industrializado. Todavia, o consumo de alimentos fontes de açúcar foi próximo a 40% em crianças do sexo feminino, que também é elevado (Figura 3).

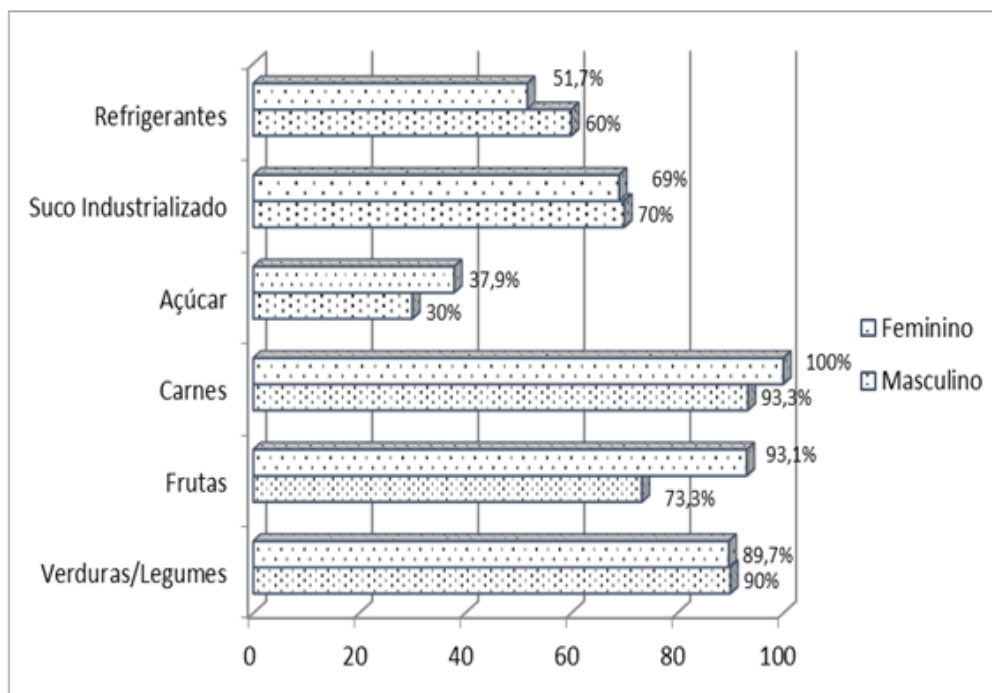


Figura 3. Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de crianças entre 18-24 meses (n=59), assistidas na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/Sisvan Web, 2013.

Discussão

No presente estudo, o consumo de marcadores da alimentação saudável na população avaliada apresentou prevalências próximas àquela considerada ideal pela EnpacS, ou seja, de pelo menos 80%. Em contrapartida, a introdução de marcadores de alimentação não saudável se mostrou precoce e crescente segundo a faixa etária (Tabela 1).

A introdução de alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável sinalizam a introdução inadequada da alimentação complementar aos lactentes, bem como a adoção do comportamento de risco para o aparecimento da deficiência de ferro, do desenvolvimento do excesso de peso, obesidade, dislipidemias e alteração da pressão arterial^{10,20}. Sabe-se que o consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, principalmente, entre as crianças menores de dois anos de idade. Ou seja, a prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, sobretudo entre as populações menos favorecidas, está intimamente associada ao

aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição e por carências específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina A²¹.

Garcia et al.²², estudando 165 crianças de 6-24 meses da Amazônia Ocidental Brasileira, encontraram um baixo consumo de frutas, hortaliças e carnes com o consumo excessivo de leite de vaca e mingau, o que resultou na prevalência de 12% para déficit de estatura/idade e de 40% para anemia. Os autores também encontraram 20% das crianças de 6 a 8 meses se alimentando exclusivamente de líquidos.

De maneira geral, em nosso estudo, observamos tanto o aumento do consumo de alimentos saudáveis (carne, frutas, verduras/legumes) quanto de alimentos não saudáveis (açúcar, refrigerantes e suco industrializado) com o avanço da idade em ambos os sexos. Em crianças de 6-12 meses, bem como nas demais faixas etárias, o suco industrializado foi o alimento que se destacou dentre os outros marcadores de alimentação não saudável (Tabela 1) e apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p < 0,001$). É importante destacar que os sucos industrializados, também conhecidos como sucos artificiais, devem ser excluídos da alimentação infantil pela sua quantidade elevada de açúcares, essências e corantes artificiais, apresentando potencial alergênico, contribuindo para o excesso de peso bem como para o aparecimento de cáries¹⁰.

Nossos dados são semelhantes aos encontrados por Parada et al.²³ com crianças menores de 1 ano em Botucatu/SP, os quais verificaram que a oferta de alimentos complementares como carne e feijão aumentou com a idade. A contribuição do profissional de saúde na promoção da alimentação infantil saudável é de extrema importância para o sucesso do desenvolvimento de hábitos saudáveis no primeiro ano de vida. Vitolo et al.²⁴ apontaram um impacto positivo na qualidade da alimentação

infantil em Porto Alegre (RS) por meio da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas da alimentação complementar. Houve uma maior prevalência de lactentes que receberam frutas, carnes e fígado com frequência adequada nas unidades de saúde de intervenção, o que reflete uma das prioridades das práticas alimentares preconizadas na diretriz nacional para crianças menores de dois anos, com a oferta do ferro de alta biodisponibilidade²⁵.

O Guia alimentar para crianças menores de dois anos é uma publicação elaborada e recomendada pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), para divulgação na população e de uso dos profissionais da rede de atenção básica no atendimento infantil; o mesmo reforça a importância do aleitamento materno exclusivo e a introdução da alimentação complementar adequada, saudável e oportuna que garantam a segurança alimentar. O Guia recomenda os “Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos”, a fim de nortear conteúdos e mensagens a serem repassadas, principalmente, às mães, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e nutrizes, cuidadores/familiares. Todavia, há muito que investir e incentivar no campo da alimentação e nutrição infantil, principalmente, devido ao consumo elevado de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, como sucos industrializados, refrigerante, farináceos, biscoitos doces e recheados, salgadinhos, dentre outros²⁶.

Nosso estudo revelou a introdução precoce e inoportuna de alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), refrigerantes e suco industrializado na dieta das crianças estudadas. A literatura já refere a introdução precoce de alimentos não saudáveis como fator de risco para a redução da duração e da frequência do aleitamento materno e predisposição para a obesidade e desenvolvimento de DCNT na vida adulta²⁷.

Detectamos que o consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável em crianças maiores de 6 meses de idade foi maior do que em outros estudos realizados em cidades como Acrelândia/AC²², Belo Horizonte/MG²⁸, São Bernardo do Campo/SP²⁹, Salvador/BA³⁰. Palmeira et al.³¹ realizaram um trabalho em aproximadamente 660 municípios do estado da Paraíba e obtiveram resultados semelhantes àqueles observados em Salvador/BA³⁰. Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, Longo-Silva et al.³² estudando 636 crianças atendidas em berçários/creches públicas de São Paulo, verificaram que o refrigerante foi consumido antes do primeiro ano de vida por mais da metade (53,8%) das crianças estudadas e o suco industrializado por quase dois terços delas (62,9%). O consumo de refrigerantes (36,7%) e suco industrializado (50,5%) pelas crianças de Macaé foi menor do que o observado nas cidades acima citadas, mas também são dados preocupantes.

Sabe-se que as condições socioeconômicas e a região de moradia são fatores que influenciam o consumo alimentar de adultos e, por consequência, de crianças. O estudo realizado por Kitoko et al.³³, nas cidades de João Pessoa/PB e Florianópolis/SC, mostrou que 59,5% e 83,5%, respectivamente, das crianças entre 6 a 9 meses, que receberam alimentação complementar, consumiam feijão e carne. Ao compararmos nossos resultados aos de estudos desenvolvidos em cidades da região sudeste, Belo Horizonte/MG²⁸ e São Bernardo do Campo/SP²⁹, verificamos que a prevalência da alimentação complementar no município de Macaé/RJ foi a que mais se aproximou da meta da Enpac.

Os melhores resultados encontrados para o Município de Macaé, em nosso estudo, quando comparados aos de outras cidades brasileiras, devem-se aos intensos investimentos da gestão da Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Catan/Secretaria Municipal de Saúde de Macaé, em ações voltadas às atividades de

educação alimentar e nutricional aos profissionais de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde, por meio de cursos de capacitação e atualização em parceria com o Campus UFRJ – Macaé Professor Aloisio Teixeira. Além disso, atividades voltadas para a comunidade em geral, como por exemplo, o projeto Nutrição Itinerante, que mensalmente leva à população, nas praças e na Atenção Básica, temas ligados à alimentação no primeiro ano de vida, a realização anual da Semana Nacional de Aleitamento Materno, realizada não apenas na primeira semana do mês de agosto, e sim no mês inteiro, também colaboram para a boa situação dos indicadores avaliados.

A adequação nutricional dos alimentos complementares é de fundamental importância na prevenção da morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso². A Organização Mundial da Saúde (OMS) revela a ocorrência de avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a da alimentação complementar adequada tem tido menos progresso¹². Há muito que investir e incentivar no campo da alimentação e nutrição infantil, principalmente, devido ao consumo elevado de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, como sucos industrializados, refrigerantes, farináceos, biscoitos doces e recheados, salgadinhos, dentre outros^{22,28-32}.

Para o cenário brasileiro, o estudo de Bernardi et al.³⁴ propôs que a oferta precoce de doces e refrigerantes, assim como a tardia de legumes e frutas na alimentação infantil, associadas ao aumento da figura materna no mercado de trabalho, têm provável impacto sobre o aumento da obesidade no país.

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009 indicaram que a desnutrição, nos primeiros anos de vida, e o excesso de peso e a obesidade, em idades mais avançadas, constituem-se em problemas de grande relevância na saúde pública brasileira. Na infância, a desnutrição se concentra nas famílias de estratos de renda mais

baixos, principalmente na região Norte. A partir dos 5 anos de idade, encontram-se mais frequentemente o excesso de peso e a obesidade em todos os grupos de renda e nas regiões de todo o Brasil³⁵.

No campo das políticas e programas públicos voltados para a alimentação do lactente, encontram-se as ações de Promoção da Alimentação Saudável (PAAS) que devem atender as diferentes fases do curso da vida. Desta forma, programas como a “Promoção do Aleitamento Materno”, que perpassa pelo Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e pela Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), além da “Rede Amamenta Brasil” e da “Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação” (IUBAAM), dentre inúmeras, incrementam as taxas de aleitamento materno e diminuem o desmame precoce³⁶.

Em relação ao incentivo à introdução da alimentação complementar adequada e oportuna, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN); e em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil) e OPAS/OMS, em 2010, propôs a Enpac²⁰.

Em 2012, visando promover o aleitamento materno e incentivar a alimentação complementar saudável, o Ministério da Saúde lançou a “Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, cujo objetivo é qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, para reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável voltadas as crianças menores de dois anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁷. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é o resultado da integração entre a Rede Amamenta Brasil e a Enpac,

que se uniram para formar essa nova estratégia, tendo o compromisso qualificar profissionais de referência³⁸.

O presente estudo possui algumas limitações. O primeiro é o viés de memória, uma vez que, no processo de coleta de dados sobre o consumo alimentar, com os responsáveis/cuidadores das crianças, é possível que alguns destes possam ter omitido ou não respondido de forma correta. Contudo, esse viés é minimizado devido às perguntas se referirem ao dia anterior (últimas 24 horas). Por isso, orienta-se paciência e cuidado na aplicação e na utilização do instrumento pelo profissional de saúde ao abordar o usuário. O formulário utilizado no estudo é o instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde, na perspectiva do Sisvan, objetivando caracterizar a introdução de alimentos e a adoção de comportamentos de risco para anemia ferropriva e para o aparecimento de excesso de peso, permitindo a detecção precoce pelas marcadores de consumo alimentar, sendo estes divididos em saudáveis e não saudáveis³⁹. No entanto, vale ressaltar que o instrumento utilizado neste estudo não objetiva quantificar a dieta, com suas calorias e nutrientes, mas indicar a qualidade da alimentação em suas características, tanto positivas como negativas²⁰.

Conclusão

A partir dos resultados deste estudo, observou-se um consumo de alimentos marcadores de alimentação complementar saudável próximo à meta proposta pelo Ministério da Saúde. Apesar do consumo relevante de alimentos marcadores de alimentação não saudável em crianças de 6-24 meses no município de Macaé, o mesmo se encontra abaixo do descrito em outros estudos. No entanto, o consumo desses marcadores se mostrou ascendente, dos 6-12 meses até os 18-24 meses de vida do lactente, podendo

atingir, futuramente, cifras preocupantes em pré-escolares e escolares, demandando, por isso, mais estudos que esclareçam esta tendência.

Consideramos que esforços têm sido investidos por parte da gestão do Município de Macaé para incentivar o consumo de alimentos adequados no primeiro ano de vida, principalmente, o do leite materno. Todavia, reforçamos que devem ser ampliadas, por parte dos gestores, as ações voltadas para a introdução adequada e oportuna da alimentação complementar visando minimizar o consumo de alimentos contraindicados para esta fase bem como reforçar a orientação profissional à população quanto aos alimentos indicados aos lactentes entre 6-24 meses. Espera-se, portanto, que, com a implementação da Estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil e a continuidade das ações de educação alimentar e nutricional, no município de Macaé, haja a redução do consumo de alimentos considerados não saudáveis em idades tão precoces e estímulo à introdução da alimentação complementar saudável de forma adequada e oportuna.

Colaboradores

LMF Marinho, JCS Capelli, CMM Rocha, A Bouskela, CN Carmo, SEAP Freitas, AS Anastácio, MFL Almeida e JS Pontes contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos ao secretário municipal de saúde de Macaé, Dr. Michel Oliveira Hadaad, pela autorização da análise e divulgação dos dados do Sisvan Web; à gestora e nutricionista Carine Santos Tavares de Lima, da Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Catan, do município de Macaé; e à nutricionista e

coordenadora do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan, na Catan, Carolina da Costa Pires pelas informações dadas no decorrer da pesquisa e em nos disponibilizar os relatórios gerados na base de dados do Sisvan Web.

REFERÊNCIAS

1. Guilherme JP, Nascimento MBR. O leite humano – Anatomia e fisiologia da lactação. In: Santiago LB (Organizador). *Manual de Aleitamento Materno*. Barueri, SP: Manole, 2013. pp. 1-19.
2. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2004, vol.80, n.5, suppl., pp. s131-s141.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3^a Ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor/Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
5. Chaves RG. Por que amamentar exclusivamente até 6 meses e manter a amamentação até 2 anos ou mais? In: Santiago LB (Organizador). *Manual de Aleitamento Materno*. Barueri, SP: Manole, 2013. pp. 21-30.

6. Correa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev. Paul. Pediatr.* [online]. 2009, vol.27, n.3, pp. 258-264.
7. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.5, pp. 2461-2468.
8. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 103-109.
9. Michaelsen KF. Breastfeeding. In: Koletzko B. *Pediatric Nutrition in Practice*. Switzerland: Karger. 2008. 85-89 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
11. World Health Organization. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1,1998.
12. World Health Organization. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization/UNICEF, Geneva, 2003.
13. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr.* 2009; 5: 75-85.

14. Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 1638-1646.
15. Rolls BJ, Drewnowski A, Ledikwe JH. Changing the energy density of the diet as a strategy for weight management. *J Am Diet Assoc* 2005; 105:S98-S103.
16. Dias MCA, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev. Nutr.* [online]. 2010, vol.23, n.3, pp. 475-486.
17. World Health Organization. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. Geneva: WHO; 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.108p: il. – (Serie C. Projetos, Programas e Relatórios).
- 19._____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
20. O'Donnell A, Torun, B, Caballero B, Pantin EL, Bengoa JM. *La Alimentación del niño menores de 6 años en América Latina. Base para el desarrollo de Guías de Alimentación*. Venezuela: Ediciones Cavendes; 1994.

21. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2):305-316, fev, 2011.
22. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.2, pp. 282-289.
23. Vitolo MR, Louzada MR, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.8, pp. 1695-1707.
24. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. National Academic Press. Food and Nutrition Board. Washington, DC; 2001.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*/Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
26. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Versão preliminar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
27. Alves CRL, Santos LC, Goulart LMHF, Castro PR. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. *Rev paul pediatr.* [online]. 2012, vol.30, n.4, pp. 499-506.

28. Silva LM.P, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev. Nutr.* [online]. 2010, vol.23, n.6, pp. 983-992.
29. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto, ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.4, pp. 459-469.
30. Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(4):553-563, jul./ago., 2011.
31. Longo-Silva G, Tolini MHA, Menezes RCE, Azakura L, Oliveira MAA, Taddei JAAC. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. *Rev Paul Pediatr.* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.06.009>
32. Kitoko PM, Rea MF, Venâncio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, n.4, pp. 1111-1119.
33. Bernardi, JLD, Jordão RE, Barros Filho, AA. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Rev Panam. Salud Publica.* 2009;26(5):405-11.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil.* Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2011.

35. Silva JP, Baião MR, Santos MS. Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. In: Barros, DC, Silva DO, Santos MMAS, Baião MR (Organizadoras). *Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2013. II; tab.; graf. pp.58-105.

36. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.* [online]. 2011, vol.24, n.6, pp. 809-824.

37. Brasil. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. *Estratégia amamenta e alimenta Brasil*. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta> (acessado em 10/Mar/2015).

38. Santiago LB, Fernandez DF. Programas e políticas de saúde em favor do aleitamento materno. In: Santiago LB (Organizador). *Manual de Aleitamento Materno*. Barueri, SP: Manole, 2013. pp. 191-202.

Artigo 3

Ações de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida em Macaé

Actions to promote healthy eating in the first year of life in Macaé

RASBRAN – Revista da Associação Brasileira de Nutrição. São Paulo, SP,

Ano 9, n. 2, p. 9-16, Jul-Dez. 2018 – ISSN 2357-7894 (online)

Jane de Carlos Santana Capelli¹, Camilla Medeiros Macedo da Rocha², Fernanda Amorim de Morais Nascimento Braga³, Flavia Farias Lima², Vanessa Schottz Rodrigues³, Maria Fernanda Larcher de Almeida³, Naiara Sperandio³, Luana Silva Monteiro³, Márcia Regina Viana³, Caroline Gomes Latorre⁴, Alice Bouskela².

¹Nutricionista, Professora Associada do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira, Brasil.

²Nutricionista, Professora Assistente do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira, Brasil.

³Nutricionista, Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira, Brasil.

⁴Nutricionista, Graduada pelo Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira, Brasil.

O estudo visa descrever as experiências de graduandos dos cursos de Nutrição e Enfermagem, participantes de um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé, Brasil, nas ações de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida. Realizou-se um relato de experiências a partir da abordagem de educadores (cinco bolsistas e dois voluntários, graduandos de dois cursos da área da saúde) de um projeto extensionista, que organizaram e executaram três ações educativas: minicurso, oficina e sala de espera, entre 2016-2017; voltadas a comunidade em geral, acadêmicos de graduação, usuários e profissionais da saúde de unidades de saúde de Macaé (educandos). Foram realizadas duas reuniões, utilizando-se a roda de conversa como estratégia para a construção da prática dialógica, nas quais os educadores apresentaram suas experiências vivenciadas nas três ações. Ao analisar os relatos, observaram-se quatro palavras chaves, com suas respectivas ideias centrais: expectativas [quanto ao tipo de estratégia de educação alimentar e nutricional (minicurso, oficina, sala de espera) e receptividade dos participantes]; conhecimento (entendimento do tema e as principais dúvidas dos participantes); formação profissional (aquisição de experiências tanto no âmbito pessoal como profissional); avaliação das atividades (quanto aos objetivos alcançados). As experiências vivenciadas pelos educadores permitiram o diálogo, o aprendizado e a troca de conhecimentos e saberes acerca da alimentação no primeiro ano de vida com os educandos das ações educativas. A oficina foi a melhor estratégia de educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: Alimentação Saudável, Aleitamento Materno, Promoção da Saúde

The study aim to describe the experiences of undergraduate students of the Nutrition and Nursing Courses, participants in an extension project of the Federal University of Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé, Brazil, in actions to promote healthy eating in the first year of life. An experiment was carried out based on the approach of educators (five fellows and two volunteers, graduates of two health courses) of an extension project, who organized and executed three educational actions: mini-course, workshop and waiting room, between 2016-2017; aimed at the community in general, undergraduate academics, users and health professionals from health units in Macaé (learners). Two meetings were held, using the talk wheel as a strategy for the construction of dialogical practice, in which educators presented their experiences in the three actions. When analyzing the reports, four key words were observed, with their respective central ideas: expectations [about the type of food and nutritional education strategy (mini-course, workshop, waiting room) and receptivity of the participants]; knowledge (understanding of the topic and the main doubts of the participants); vocational training (acquisition of personal and professional experience); evaluation of the activities (regarding the objectives reached). The experiences lived by the educators allowed the dialogue, the learning and the exchange of knowledge and knowledge about food in the first year of life with the students of educational actions. The workshop was the best strategy of food and nutritional education for the promotion of food in the first year of life.

Keywords: Healthy Diet, Breast Feeding, Health Promotion

INTRODUÇÃO

A alimentação adequada e saudável é uma importante prática à promoção da saúde, capaz de prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em todas as fases do curso da vida. Todavia, o primeiro ano de vida do ser humano é uma fase crítica de desenvolvimento, crescimento e formação dos hábitos alimentares, que repercutirão também na fase adulta^{1,2}.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS³, e correspondendo à segunda diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tem como prioridade a realização de práticas alimentares de acordo com seus aspectos biológicos, socioculturais e do meio ambiente, em toda a sociedade⁴.

Entende-se como prática alimentar saudável e adequada no primeiro ano de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a oferta do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida e, a partir desta idade, a introdução de alimentos, a fim de complementar as necessidades energéticas e nutricionais, principalmente de ferro e zinco⁴⁻⁶.

Desde o século XX, ações de incentivo voltadas à prática adequada do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar vêm acontecendo, todavia, sendo essa última ainda incipiente⁷⁻¹⁰. Estudos têm mostrado a prevalência elevada da introdução da alimentação complementar inadequada, como por exemplo, a introdução precoce de alimentos, principalmente, aqueles de baixa biodisponibilidade de micronutrientes; insuficiente oferta de frutas, verduras e legumes; elevada oferta de alimentos industrializados ricos em carboidratos simples, lipídeos e sal, dentre outros¹⁰⁻¹³.

A alimentação complementar inadequada, portanto, impacta negativamente no comportamento alimentar da criança^{9,14}, refletindo nas demais fases do ciclo da vida¹⁴, além de ser um fator de risco para o aparecimento de importantes carências nutricionais, como a deficiência de cálcio, hipovitaminose A e anemia por deficiência de ferro; e ao avanço do sobrepeso e da obesidade em adultos, adolescentes e crianças no Brasil e no

mundo, e do desenvolvimento de dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial entre outras comorbidades¹¹⁻¹³.

Diante desse cenário, uma das estratégias voltadas à PAAS é a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), que pode ser entendida “como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, visando a autonomia e ao autocuidado”⁴, contribuindo para a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), bem como para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)^{4,14}.

Nesta vertente, a Extensão Universitária pode contribuir para o fortalecimento das ações de EAN promovendo uma interação dialógica entre a sociedade e a universidade, permitindo produção do conhecimento e democratização do mesmo. Além disto, para o estudante constitui um importante processo de formação, no qual este se torna ativo no processo da construção dos saberes. Visto isso, o presente artigo visa descrever as experiências de graduandos dos cursos de Nutrição e Enfermagem, participantes de um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé, nas ações de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida.

MÉTODOS

Realizou-se um relato de experiências vividas por cinco bolsistas e dois voluntários, aqui denominados educadores, graduandos dos cursos de Nutrição e Enfermagem e Obstetrícia, integrantes da equipe de um projeto de extensão universitária intitulado “Incentivo a alimentação complementar adequada em lactentes assistidos na Rede de Saúde do Município de Macaé”, denominada equipe Iacol, que visa promover a alimentação adequada e saudável no primeiro ano de vida. Esse projeto está vinculado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira, Brasil.

A equipe Iacol desenvolve ações de educação alimentar e nutricional voltadas à promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida desde abril de 2013, que são direcionadas a diferentes públicos: gestantes, puérperas, nutrízes e cuidadores dos lactentes, profissionais de saúde das

unidades básicas de saúde (UBS) das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Município de Macaé (Região do Norte Fluminense, RJ), graduandos de diferentes áreas de atuação e comunidade em geral; que neste relato são denominados educandos. Cabe acrescentar que este projeto está vinculado ao projeto de pesquisa “Amamenta e Alimenta na Atenção Primária à Saúde do Município de Macaé – Rio de Janeiro”, também do Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira, no qual objetiva investigar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar em unidades da ESF, e está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes/RJ, em 2014, sob o número de protocolo: 30378514.1.0000.5244.

Neste relato de experiências, os educadores organizaram e executaram três ações no campo de educação alimentar e nutricional voltadas à promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida do lactente, desenvolvidas entre os anos de 2016 e 2017. Essas ações foram: (a) minicurso, que foi oferecido em julho de 2016 no III Inverno com Ciência: UFRJ e Sociedade Compartilhando Saberes; (b) oficina, que foi oferecida em março de 2017 no IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade Compartilhando Saberes, cujo tema foi “Alimentação do lactente”; e (c) salas de espera, que foram realizadas na puericultura de uma UBS da ESF de Macaé.

Estruturação das ações educativas

Para a prática educativa, escolheu-se o modelo teórico Promoção da Saúde no qual as práticas educativas têm como protagonista o sujeito da ação, que articula o conhecimento e os diferentes saberes, favorecendo o diálogo¹⁵.

Minicurso e Oficina

Como descritos anteriormente, ambas as ações ocorreram dentro de eventos de âmbito regional voltados à comunidade universitária e do entorno à Universidade, a fim de promover troca de saberes. O minicurso ofertado no evento III Inverno com Ciência, intitulado “Amamenta e Alimenta: incentive essa ideia!”, visou capacitar os profissionais de saúde, graduandos e a comunidade em geral sobre os cuidados inerentes à alimentação do lactente. A carga

horária destinada ao minicurso foi de quatro horas e, de forma geral, contou com o acolhimento aos participantes e com a utilização de recursos audiovisuais, para projeção de slides e exposição teórica sobre aspectos fisiológicos e nutricionais do lactente, assim como uma dinâmica de grupo contemplando uma atividade demonstrativa de montagem de pratos saudáveis e adequados ao lactente, para as refeições da “Papa de fruta” e “Refeição Almoço ou Jantar”.

O acolhimento mencionado consistiu em poesia contada por uma docente da equipe, atividade que pretendeu relevar aspectos que transcendessem o conteúdo técnico inerente à intervenção e que favorecessem a formação de ambiente com maior envolvimento e horizontalidade das relações entre usuários e trabalhadores da saúde. Ao final, utilizou-se um QUIZ, que é um jogo de perguntas para avaliação do conhecimento dos participantes sobre o tema do minicurso. O fluxograma do minicurso é apresentado na Figura 1.

Para este estudo, o QUIZ foi elaborado a partir de um “pré-teste” contido no caderno do tutor da Estratégia Nacional para a Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)⁶, contendo dez frases afirmativas sobre a temática apresentada durante o minicurso.

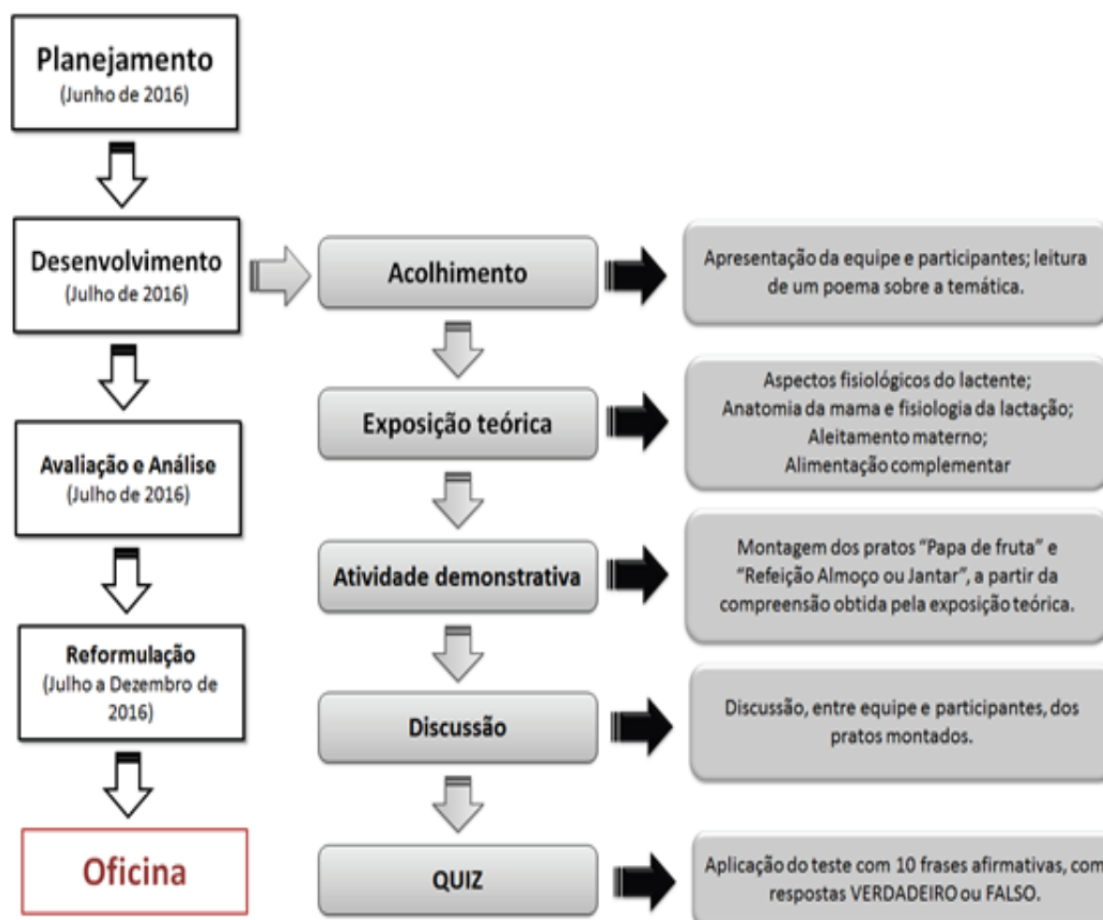
A dinâmica se deu com a leitura das afirmações por um educador mediador e contagem das respostas “Verdadeiro” (cartão verde) ou “Falso” (cartão vermelho) por um educador voluntário do projeto de extensão. Ao final da atividade foi possível determinar os percentuais de acerto e erro, com distribuição a todos os participantes de materiais educativos (dois *flyers* e um folder), que abordavam os temas aleitamento materno e alimentação complementar.

Cabe dizer que todas as atividades desenvolvidas priorizaram o diálogo, a troca de conhecimentos prévios dos educadores com os educandos e, após a exposição teórica dos principais tópicos referentes à alimentação do lactente, os educadores convidaram os educandos para realizar uma atividade demonstrativa, contemplando o processo de montagem dos pratos saudáveis da alimentação complementar, a partir do entendimento pessoal do que foi exposto. Esse processo ocorreu com auxílio de utensílios simples, tais como toalha de mesa, panos de pratos, talheres, pratos, copos, guardanapos e

preparações alimentares. Ainda, a montagem das preparações foi mediada por um aluno bolsista do projeto de extensão, cujo papel era somente intermediar, mas nunca interferir na preparação proposta pelos participantes. Os alimentos disponíveis para a ação do minicurso estavam dispostos separadamente em potes de plásticos e foram: frutas (banana, maçã e mamão), cereal (arroz cozido em papa), leguminosa (feijão preto cozido simples), carnes (carne moída e frango desfiado) e vegetais (abóbora, batata baroa, batata inglesa e cenoura cozidas). Ao final desta atividade, houve ampla discussão entre educandos e educadores da equipe Iacol sobre as preparações escolhidas e elaboradas na parte demonstrativa, permitindo assim um fechamento da ação, a qual culminou com a realização do QUIZ.

Conforme indicado na Figura 1, após a análise e reflexão das atividades realizadas no minicurso, houve uma reformulação do mesmo nos seis meses seguintes, sendo então criada uma oficina intitulada “Oficina sobre Introdução Complementar de Lactentes”, apresentando o mesmo objetivo do minicurso. Esta oficina teve carga horária de três horas e foi apresentada em março de 2017, no evento IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade Compartilhando Saberes.

Figura 1 – Fluxograma do minicurso oferecido no III Inverno com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Julho de 2016)



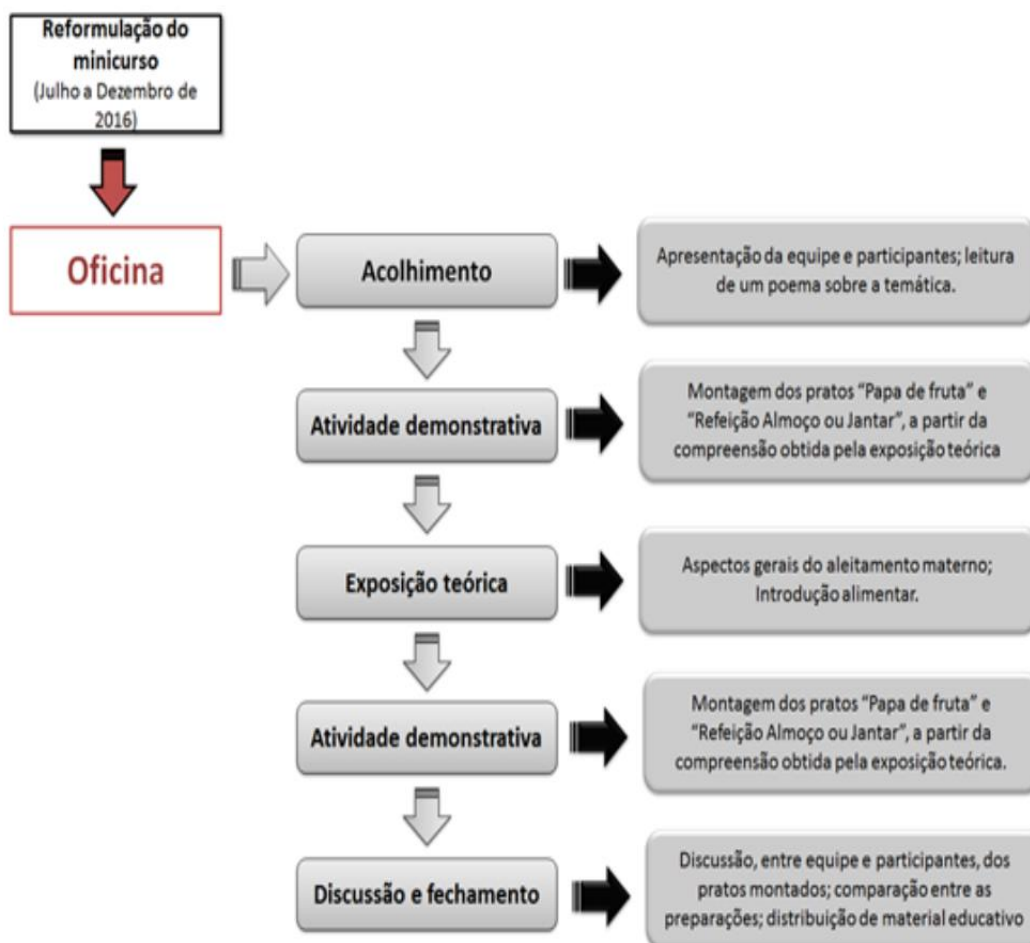
De forma semelhante ao minicurso, a oficina contou com ações lúdicas e demonstrativas, tendo como primeiro contato o acolhimento dos educandos pelos educadores da equipe lacol, com apresentação de poesia contada. No entanto, a seguir, deu-se uma dinâmica de grupo (atividade demonstrativa), mediada por duas educadoras, com a apresentação de alimentos e montagem dos pratos “Papa de fruta” e “Refeição Almoço ou Jantar” pelos educandos, com os mesmos alimentos descritos anteriormente. Somente após a montagem das preparações para o lactente houve exposição teórica sobre a introdução alimentar e aspectos gerais do aleitamento materno. Por fim, ocorreu uma segunda dinâmica de montagem de preparações, mediada por duas educadoras, que permitiu uma discussão e comparação entre as preparações apresentadas pelos educandos no momento pré-exposição da teoria sobre a alimentação complementar, e distribuição de materiais educativos (Figura 2).

Atividades de sala de espera na UBS

As atividades de sala de espera ocorreram em UBS de uma unidade da ESF de Macaé, nos mesmos dias de realização da puericultura (turno da manhã, todas as sextas feiras). A metodologia aplicada para esta ação foi dividida em duas fases: (a) Aplicação de um formulário adaptado do “Pré-teste” contido no Caderno do Tutor da ENPACS⁶ e de marcadores de alimentação saudável do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), do Ministério da Saúde¹⁶, e (b) Abordagem individual para entrega de material educativo, realizados pelos educadores, descritos a seguir.

A primeira fase, dada pela aplicação do formulário estruturado pelos educadores, visou compreender quais os temas sobre alimentação complementar e aleitamento materno eram pouco compreendidos e quais dúvidas as educandas apresentavam. Tais ações facilitaram a abordagem pelas educadoras durante a atividade de sala de espera. Ainda, cabe ressaltar que, após a apresentação pessoal dos educadores, cada mãe (educanda) foi abordada individualmente para consulta e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após esse preenchimento ocorreu a aplicação do questionário. Por fim, destaca-se que o questionário adaptado continha as mesmas temáticas gerais sobre aleitamento materno e introdução alimentar apresentadas no QUIZ do minicurso.

Figura 2 – Fluxograma da oficina oferecida no IV Verão com Ciência: UFRJ e Sociedade compartilhando saberes (Março de 2017)



A segunda fase foi dada pela entrega dos materiais educativos e explicação do conteúdo dos mesmos às mães. Todas as dúvidas foram esclarecidas tanto individualmente, quanto coletivamente, e empregou-se a linguagem segundo o nível instrucional das mães, introduzindo-se alguns termos técnicos pertinentes ao tema abordado. Ainda nessa fase, as educadoras buscaram apontar as principais dúvidas das mães sobre o tema, anotando-as na parte em branco existente no formulário.

Construção da prática dialógica envolvendo os educadores

Definiu-se a roda de conversa¹⁷ como estratégia para a construção da prática dialógica, por permitir a participação coletiva, pautada no diálogo, e a troca de experiências, aprendizados e integração dos educadores.

Neste contexto, realizou-se uma roda de conversa com os educadores participantes das três ações, em dois encontros, no período de um mês, tendo uma professora como mediadora.

Na primeira reunião, que aconteceu em agosto de 2017, os educadores relataram suas experiências, cujos principais pontos e discussões levantadas foram anotados em um bloco de notas pela professora mediadora.

No decorrer de duas semanas, a professora mediadora consolidou as anotações em forma de um texto escrito, sendo lido na segunda reunião, por todos os educadores para revisão e fechamento da versão final.

Análise dos relatos de experiência

A análise temática dos relatos foi realizada conforme as seguintes etapas: (a) leitura exaustiva do texto descrito contendo o levantamento de ideias e questionamentos; (b) resgate das ideias centrais e expressões chave; (c) interpretação dos resultados.

Na apresentação dos resultados, os nomes dos educadores foram substituídos por um codinome para a descrição desse estudo, garantindo seu anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O minicurso contou com oito educandos (profissionais de saúde e graduandos da saúde), enquanto que a oficina teve a participação de doze educandos (profissionais de saúde e graduandos de diversas áreas). Quanto às salas de espera, realizaram-se catorze atividades ao longo do período (2016-2017), totalizando trinta e sete mães de lactentes participantes.

Nos relatos, observaram-se quatro palavras centrais: expectativas [quanto ao tipo de estratégia de educação alimentar e nutricional e receptividade dos participantes]; conhecimento; formação profissional; avaliação das atividades.

No que concerne às expectativas, a oficina foi apontada como sendo a melhor estratégia de educação alimentar e nutricional, por ter sido realizada de forma lúdica e demonstrativa, utilizando-se alimentos para montagem das

preparações, proporcionando uma abordagem mais interativa e estimulando a apreensão da temática pelos participantes.

A oportunidade de trabalhar de forma lúdica, levando os alimentos crus, cozidos, cortados ou não, para os participantes elaborarem as preparações, facilitou o entendimento e fixação das informações levadas. (Copo de Leite)

Foi possível observar a importância da interação que ocorreu durante as atividades, porém no minicurso e na sala de espera usamos muita teoria... a oficina foi melhor. (Jasmim)

[...] considero a oficina a melhor estratégia [...] sabe-se que se aprende muito mais com o método de ensino dialógico, que trás consigo uma educação problematizadora que considera a realidade do educando e os torna mais ativos e críticos diante do que é transmitido, estando educador e educando numa mesma posição. Diferente do modelo de ensino tradicional em que o receptor é um mero receptor de informações e não aplicaram na realidade as informações ensinadas, distante de uma relação de igualdade entre educador e educando. (Lírio do Campo)

Os educadores destacaram, ainda, que perceberam de forma muito positiva a receptividade dos educandos quando realizaram a oficina.

Eu não esperava que utilizar alimentos, convidar os participantes para fazerem as preparações seria tão estimulador... a oficina foi a melhor estratégia que usamos. (Margarida)

Segundo Spink, Menegon & Medrado¹⁸, as oficinas constituem-se em espaços de potencial crítico para negociar os sentidos. Nesta perspectiva, a oficina poderá ser mais efetiva se for fundamentada nos princípios da educação popular, como a construção coletiva de saberes²⁰. A educação popular se constitui em um importante método de transformação do modelo biomédico e permite reduzir comorbidades e promover identificação precoce de distúrbios e problemas^{19,20}.

Em relação aos conhecimentos prévios e obtidos nas ações educativas e as dúvidas dos educandos, os educadores entenderam que o tema introdução da alimentação complementar ainda é pouco conhecido pelos educandos. Os educadores, com os conhecimentos adquiridos tanto na

graduação como na extensão, conseguiram trocar saberes, conhecimentos e sanar as dúvidas, principalmente das mães de lactentes, usuárias de uma UBS.

Eu vi que, na sala de espera, ao lidar com a população mais carente, a maioria das mães ainda apresentava dúvidas e receios comuns sobre o tema “Introdução da Alimentação Complementar”, destacando-se: (1) o período adequado em que deveria ser iniciada a alimentação complementar; (2) o preparo e a textura dos alimentos oferecidos a partir do 6º mês, tais como: liquidificar e peneirar os alimentos, consistência das papas de fruta e das refeições almoço ou jantar; e quanto aos horários para o oferecimento da alimentação complementar. No minicurso e na oficina, as dúvidas existiam, mas eram menores. (Rosa)

Todavia, um aspecto muito importante a ser considerado é a possibilidade de os educandos das ações educativas serem empoderados e se tornarem multiplicadores do conhecimento adquirido. Por isso, para trabalhar a promoção da saúde com os educandos, dentre outros, precisa ter, inicialmente, o entendimento sobre “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, para que sejam desenvolvidos, em cada sujeito, a capacidade de “interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados”, e assim, melhorar a sua qualidade de vida¹⁵.

O relato dos educadores apontou também para a importância da realização das ações educativas para a sua formação enquanto futuro profissional, no campo da alimentação complementar para “saber para ensinar” e “ensinar para aprender”.

Eu sou do curso de Enfermagem e sei que a alimentação é fundamental para a saúde do ser humano, e a alimentação infantil é a base da alimentação saudável. Participar dessas ações me fizeram aprender mais sobre o tema... lidar com o público tem que ter habilidade [...] (Jasmim)

[...] nós como futuros profissionais poderemos contribuir de forma efetiva e permanente para a melhoria da alimentação da população. A alimentação infantil refletirá na saúde do adolescente, do adulto, do idoso [...] como a obesidade e o sobrepeso estão presentes na nossa população. (Margarida)

O papel da educação para a formação do ser humano/cidadão/profissional, portanto, deve ser ativo e permitir o despertar do interesse para o novo, para as descobertas²¹, ajudando a desvendar o prazer de compreender, de conhecer e de descobrir o sentido crítico²².

De acordo com Delors²³, aprender a conhecer é um meio e o fim, em razão do prazer da descoberta, da compreensão e do domínio dos instrumentos do conhecimento²¹. Neste sentido, as experiências obtidas pelos graduandos de diferentes cursos da saúde, nas atividades práticas no campo da extensão, aliadas aos conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer das disciplinas de graduação, abordando o tema alimentação do lactente, propiciarão maior entendimento e compreensão da realidade alimentar, no qual contribuirá profundamente no seu processo de formação acadêmica e futura prática profissional.

As ações de EAN voltadas à promoção de hábitos alimentares saudáveis vêm ganhando destaque devido a mudanças no padrão alimentar da população brasileira, como o incremento da participação de produtos ultraprocessados em todos os estratos de renda, representado pelos grupos de alimentos com maiores concentrações de energia (como biscoitos recheados, salgadinhos industrializados, pizzas e refrigerantes) e por dietas com elevado teor de gorduras saturadas, açúcar e sal, bem como insuficientes em fibras²⁴.

No primeiro ano de vida, estudos têm demonstrado que tal inapropriado perfil alimentar vem sendo cada vez mais frequente, bem como tem sido baixo o consumo de alimentos integrais e minimamente processados²⁵. O debate sobre a importância de uma alimentação adequada e saudável que garanta a boa saúde e a qualidade de vida não é recente, verificando-se que *“os padrões de vida ditos modernos a cada dia acrescentam novos desafios à boa alimentação”*²⁵.

Desta forma, as ações de EAN podem auxiliar na melhoria dos indicadores de aleitamento materno na população e reduzir os riscos de doenças na infância, oriundas da alimentação inadequada, tais como obesidade ou desnutrição.

A EAN, como ferramenta para promover a alimentação saudável no primeiro ano de vida, contribui para a formação, atualização e capacitação de profissionais de saúde bem como para a população em geral, permitindo que

sejam desenvolvidas habilidades que melhorem a qualidade de vida da população⁴. E está em consonância com o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas²⁶, que apresenta entre seus princípios *“A comida e o alimento como referências e valorização da culinária enquanto prática emancipadora”*, *“A Educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia e participação ativa e informada dos sujeitos”*, e ainda, *“Planejamento, avaliação e monitoramento das ações”*.

Neste relato, considera-se que a realização do minicurso e, posteriormente, a sua reformulação em uma oficina, colaborou com a educação permanente dos educandos, possibilitando maior espaço de troca de saberes e diálogo com os educadores¹².

A EAN voltada para a promoção da alimentação do lactente, neste relato, compreende ações e estratégias direcionadas, principalmente, aos profissionais de saúde, às gestantes, nutrizes, pais e cuidadores no incentivo à prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e complementado até os dois anos ou mais, com introdução da alimentação complementar após o sexto mês^{2,4,5}. Isto porque, já há pleno consenso sobre os benefícios da alimentação saudável, adequada, oportuna e segura para o lactente, na prevenção de doenças da infância, redução da mortalidade infantil e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis nas demais fases do ciclo da vida, principalmente a adulta^{1,9,26}.

Em relação à avaliação da ação e dos objetivos alcançados, a equipe lacol também concordou que as três ações educativas foram satisfatórias, porém a oficina foi a que mais contribuiu para trocar e consolidar os conhecimentos.

[...] o conteúdo conseguiu fluir de forma espontânea buscando sempre a interação com o público trazendo a realidade do dia a dia... Vale ressaltar que durante alguns momentos é suma importância estabelecer limites na fala do público, pois sempre alguém acaba se destacando e falando muito, dessa forma tira a oportunidade dos demais poderem contribuir com a sua fala. (Rosa)

[...] trouxe bastante aprendizado, pois pude perceber a importância de realizar estratégias diferenciadas para o ensino-aprendizagem. Ao final, a participação e reação de todos, independentemente da ação proposta, diante aos conteúdos trabalhados me

surpreendeu bastante, pois no final das explicações perguntávamos sobre o conteúdo e a maioria sabia responder. A aplicação do QUIZ mostrou isso. (Margarida)

Alcançou a participação de muitos, principalmente na oficina, os participantes ficaram entretidos e curiosos, reproduzindo o que aprenderam de forma satisfatória [...] (Jasmim)

Ações que incentivem práticas alimentares adequadas e saudáveis para lactentes, a partir da EAN, assim como o empoderamento de usuários de saúde, como as gestantes, nutrizes e cuidadores de lactentes usuários das unidades de saúde são, portanto, de suma relevância¹⁴.

Esse empoderamento se caracteriza como prevenção inversamente proporcional ao processo de medicalização da alimentação infantil em contexto oferecido por normatizações da alimentação complementar que não vão ao encontro de saberes reconhecidos por tais políticas¹⁵.

Para finalizar, a compreensão da relação e da articulação entre os diversos saberes existentes constitui-se em um dos pilares para a formação do profissional de saúde da atualidade²¹. Assim, um dos aspectos a ser considerado é a integralidade do cuidado, no qual o profissional se relaciona com o usuário, reconhecendo-o como membro de uma família, inserido em uma comunidade, dentro de um território, propiciando ao mesmo maior autonomia para estabelecer escolhas que propiciem melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A oficina realizada de forma lúdica e demonstrativa foi a melhor estratégia de EAN para a promoção da alimentação no primeiro ano de vida, principalmente no que tange a introdução da alimentação complementar.

São recomendadas futuras atividades de EAN por esta equipe e por outras da área da saúde em Atenção Básica com o público de mães e futuras mães, bem como com profissionais da área e afins para o melhor esclarecimento de todos sobre as atuais recomendações e para a troca de experiências, ponto alto de todas as atividades e modo pelo qual se deu o aprendizado mútuo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica, 23).
2. Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Pactos pela Saúde 2006, 7).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
7. Boccolini CS, Boccolini, PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. Rev. Saúde Pública. 2017; 51: 108.
8. Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa CS, Wehrmeister FC, Bertoldi AD. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(11).
9. Silva GAP, Costa KAO, Giugliani ERJ. Alimentação infantil: além dos aspectos nutricionais. J. Pediatr. (Rio J.). 2016;92(3, Supl 1): 2-7.
10. Andrew N, Harvey K. Infant feeding choices: experience, selfidentity and lifestyle. Matern. Child. Nutr. 2011; 7: 48-60.
11. Freitas DA, Sousa AA, Jones KM. Development, income transfer strategies, and the Nutritional Transition in Brazilian children from a rural and remote region. Rural and Remote Health. 2014; 14(1): 1-6.
12. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre

crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(3): 465-74.

13. Popkin BM. Sugary beverages represent a threat to global health. *Trends Endocrinol. Metab.* 2012; 23(2): 591-93.

14. Nascimento VM. Educação alimentar e nutricional: percepção de professores, coordenadores pedagógicos e nutricionistas. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ensino em Ciência da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde; 2016.

15. Moreira AF, Pedrosa JG, Pontelo I. O conceito de atividade e suas possibilidades na interpretação de práticas educativas. *Rev. Ensaio*. 2011; 13(3): 13-29.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 61 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

17. Moura AF, Lima MG. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. *Temas em Educação*. 2014; 23(1): 98-106.

18. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações éticopolíticas. *Psicol. Soc.* 2014; 26(1): 32-43.

19. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o “Pacto de Gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(4): 893-902.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio À Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

21. Pereira S, Capelli JCS, Abrahão AL, Anastacio A. A experiência do uso da aprendizagem baseada em projetos como metodologia ativa no programa de educação pelo trabalho para a saúde na aprendizagem da prática profissional. *Demetra*. 2017; 12(4): 881-98.

22. Bezerra AAC, Santos DE, Andrade LN. Formação docente, educação e sociedade: lições da estética e da bioética. *ECCOS Revista Científica*. 2014; 33: 109-24.

23. Delors J. Os 4 pilares da educação. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2003

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares

2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 150 p.

25. Casemiro JP. Cultura, participação e educação popular e saúde: a educação alimentar e nutricional como lugar de encontro na escola. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ensino em Ciência da Saúde] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013

26. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 68 p.

CAPÍTULO 3 Considerações finais

O AME para lactentes menores de 4 meses assistidos pela AB de Macaé/RJ apresentou um aumento estatisticamente significativo de 47,2% para 69,0% entre 2001 e 2004. E, para os anos seguintes até 2015 (73,5%), tal prática sofreu pequenas variações, com valor máximo de 76,8% em 2013. Essas prevalências podem ser classificadas como “boas” (50-89%) pelos parâmetros da OMS e colocam o município fluminense em evidência perante o cenário nacional. A evolução positiva do AME em Macaé na série histórica analisada foi um reflexo do investimento de seus gestores públicos em ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, com parcerias importantes envolvendo a SEMUSA, seus profissionais, a comunidade universitária e grupos independentes.

Já a situação da AC dentre crianças de 6-24 meses assistidas na AB do mesmo município, para o ano de 2013, foi considerada igualmente boa, sendo que os indicadores de AC saudável se aproximaram da meta do MS (80%). Destaque para o consumo dos lactentes de 6-12 meses: 72,3% de verduras/legumes, 75,3% de frutas e 63,4% de carnes, como indicadores de AC saudável. Em contrapartida, 23,8% já consumiam alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), 34,7% suco industrializado e 17,8% refrigerantes. E para os lactentes de 18-24 meses: observou-se 89,9% consumindo verduras/legumes, 83,1% frutas e 96,7% carnes. O consumo de alimentos fontes de açúcar foi de 33,9%, 69,5% de suco industrializado e 55,5% de refrigerantes. Para os marcadores não saudáveis, cabe atenção pela manifestação precoce e crescente, indicativa de um comportamento de risco para deficiências e excessos nutricionais. Ações voltadas para a introdução da

AC de forma adequada e oportuna seriam passíveis de ampliação, impedindo, inclusive, o comprometimento do estado nutricional de pré-escolares e escolares para os próximos anos.

E, com vistas à promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida, dentre três ações educativas (minicurso, oficina e sala de espera), planejadas e realizadas em 2016-2017 por graduandos de Nutrição e Enfermagem do campus UFRJ-Macaé, a oficina foi a melhor estratégia de EAN para o respectivo fim. Esta por ter sido realizada de forma lúdica e demonstrativa com o uso dos próprios alimentos/preparações para a montagem de pratos adequados aos lactentes permitiu maior interação com os educandos (comunidade em geral, acadêmicos da graduação, usuários e profissionais da saúde das unidades de Macaé). Os mesmos se demonstraram mais receptivos à atividade proposta e se tornariam multiplicadores do conhecimento recém-adquirido. Por sua vez, os graduandos (educadores) relataram sobre a valiosa contribuição das ações para a formação enquanto futuros profissionais. Uma atuação positiva de um projeto universitário extensionista, o qual permitiu a troca de experiências, o aprendizado mútuo e, essencialmente, colaborou para que a SAN e o DHAA sejam estabelecidos de forma precoce com a introdução da AC em perpetuação aos bons hábitos alimentares.

O futuro é promissor para o AM e para a alimentação adequada e saudável em benefício do público infantil macaense. Não somente pelo compromisso permanente da esfera pública local, mas pela mobilização de diversos grupos sociais que se fazem presentes nas principais discussões e eventos. Ainda pela sensibilidade e pela dedicação das equipes

multiprofissionais na AB com uma abordagem contínua de tais temáticas para gestantes, puérperas, nutrizes, mães e demais cuidadores. Resta o extraordinário exemplo para outras localidades do país, para inúmeros profissionais, docentes, graduandos e futuros residentes a seguirem juntos como uma rede de apoio em reconhecimento do quão vital são tais práticas, porém difíceis para distintas realidades.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa


aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf

Público Pesquisador Alterar Meus Dados Jane de Carlos Santana Capelli

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AMAMENTA E ALIMENTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MACAÉ, RIO DE JANEIRO
Pesquisador Responsável: Jane de Carlos Santana Capelli
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 30378514.1.0000.5244
Submetido em: 21/07/2014
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Campos/Fundação Benedito Pereira Nunes
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_314138

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> Projeto Original (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> Declaração de Instituição e Infraestrutu Declaração de Pesquisadores - Submis Folha de Rosto - Submissão 1 Informações Básicas do Projeto - Subr 				

aqui para pesquisar

ANEXO II – Formulário de marcadores do consumo alimentar –
crianças menores de 5 anos de idade (SISVAN)

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
	Estabelecimento de Saúde	Nº CNES
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde		
Nome completo*	Data de nascimento:*	
Endereço completo		
Identificação (tipo e número)	Data de preenchimento:*	

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR
- CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE -

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES
1. A criança ontem recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> _____ meses OU <input type="checkbox"/> _____ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) <input type="checkbox"/> < 1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo
4. A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa): Leite do peito <input type="checkbox"/> Chá/Água <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> Fórmula Infantil <input type="checkbox"/> Suco de fruta <input type="checkbox"/> Fruta <input type="checkbox"/> Papa Salgada <input type="checkbox"/> Outros

CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS
1. A criança ontem recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> _____ meses OU <input type="checkbox"/> _____ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) <input type="checkbox"/> < 1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> até 6 meses <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo
4. Ontem , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) <input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras)
5. Ontem , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Ontem , a criança comeu fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Ontem , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. Ontem , a criança comeu feijão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Ontem , a criança comeu assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Ontem , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade , consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de 6 meses de idade ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. A criança tomou refrigerante no último mês ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS
1. Ontem , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) <input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras)
2. Ontem , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Ontem , a criança comeu fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. Ontem , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Ontem , a criança comeu assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Ontem , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
8. Com que frequência a criança toma refrigerantes? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
9. Com que frequência a criança come salgadinho de pacote (aqueles industrializados feitos para crianças)? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
10. Com que frequência a criança come biscoito ou bolacha recheados? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
11. Com que frequência a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
12. Com que frequência a criança come feijão? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca

ANEXO III – Poesia “O prazer da boa mesa” para a dinâmica de acolhimento das ações educativas (minicurso e oficina)

Leitor, hoje o assunto
é a tal gastronomia
Pra saber se esse tema
cabe numa poesia
falo no prazer da mesa
e na dieta sadia

O prazer da mesa é
aquele encontro marcado
com pessoas solidárias
para ser compartilhado
que com certeza dispensa
um menu sofisticado

Que quando se querem bem
os que fazem refeição
não importa se o prato
são ovas de esturjão
ou a comida caseira
farinha, arroz e feijão

Mas havendo desavença
no jantar ou no almoço
quando se bebe é salgado
quando se come é insosso
e até no manjar mais fino
a farinha faz caroço

Mas esse encontro na mesa
já está em extinção
Os filhos comem no quarto
com joystick na mão
e os pais comem na sala
vendo a televisão

Quem se alimenta bem
não pratica o excesso

porque existe perigo
até no café expresso
e a sua conseqüência
não calculo e nem meço

Mas tem aquela pessoa
que exerce a glotonaria
assaltando a geladeira
seja noite ou seja dia
e seu corpo é que padece
por comer em demasia

Quem tem por prioridade
o prazer do paladar
a fome que experimenta
é difícil saciar
porque faz o seu almoço
já pensando no jantar

No campo da gulodice
ouvi dizer que alguém
calculou o que comeu
pelos vagões de um trem
Tem outros na estação
com o bilhete também

Eu conheço um sujeito
que comeu tanto feijão
que diz que quando casar
a famosa refeição
vai ver no DNA
da futura geração

Fazendo uma brincadeira
quero arriscar um palpite
que o rico e o pobre
não tem o mesmo limite

pois o pobre tem a gula
rico só tem apetite

Certa vez li no jornal
e até fiquei surpreso
que o excesso é praticado
não somente por obeso
mas também por quem evita
ficar acima do peso

As modelos, por exemplo,
desfilando em passarelas
só com anorexia
são consideradas belas
Em cabides de vestidos
foram transformadas elas

Por isso é recomendável
a dieta equilibrada
Sem comer em demasia
nem ficar sem comer nada
a medida na balança
nunca vai ficar errada

Carlos Alê (<https://www.recantodasletras.com.br/cordel/2572476>)

APÊNDICE I – QUIZ elaborado a partir do “pré-teste” presente no caderno do tutor da Estratégia Nacional para a Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS, 2010)



PROJETO IACOL
AFIRMATIVAS – QUIZ

1. Em algumas mulheres, o leite materno pode ser considerado fraco.
R: Falso.
2. As fórmulas infantis possuem os mesmos benefícios do leite materno.
R: Falso.
3. É necessário amamentar de 3 em 3 horas.
R: Falso.
4. O aleitamento materno exclusivo deve ser feito até os seis primeiros meses de vida.
R: Verdadeiro.
5. O leite materno pode ser substituído pelo leite de vaca.
R: Falso.
6. A criança pode beber água ou chá com 4 meses de vida.
R: Falso.
7. O leite materno continua sendo importante, mesmo durante a alimentação complementar.
R: Verdadeiro.
8. A papa de fruta pode ser amassada ou raspada.
R: Verdadeiro.
9. A papa salgada deve ser liquidificada e peneirada.
R: Falso.
10. Durante a alimentação complementar é restrita a oferta de determinados alimentos.
R: Verdadeiro.

APÊNDICE II – Formulário adaptado do “pré-teste” presente no caderno do tutor da Estratégia Nacional para a Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS, 2010)



ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

FORMULÁRIO 2 - Nº /___/___/

Data: ___/___/___

I. MARQUE AS RESPOSTAS CERTAS ABAIXO:

- 1) O que é aleitamento materno exclusivo?
 - a) É quando a criança recebe leite materno, podendo receber ou não outros alimentos.
 - b) É quando a criança recebe somente leite materno, sem outros líquidos ou sólidos.
 - c) É quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

- 2) O que é aleitamento materno misto?
 - a) É quando a criança recebe, além do leite materno, água ou outras bebidas.
 - b) É quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.
 - c) É quando a criança recebe o leite materno dissolvido em outros tipos de leite.

- 3) Mesmo já utilizando outros alimentos, a criança deve receber leite materno:
 - a) Até 1 ano de idade.
 - b) Até 2 anos de idade.
 - c) Enquanto a criança quiser.

- 4) A criança está mamando corretamente e fica satisfeita quando:
 - a) A boca do bebê está bem aberta, seu queixo encosta na mama e a bochecha fica redonda.
 - b) O bebê mama por 15 minutos em cada mama.
 - c) O bebê esvazia as duas mamas.

- 5) Quando devemos começar a dar alimentos ao bebê que mama no peito?
 - a) A partir do terceiro mês de idade dar suco de fruta e água, quando estiver quente.
 - b) A partir do quarto mês de idade, pois muitas mães voltam a trabalhar.
 - c) A partir dos seis meses de idade. Até essa idade o leite materno supre todas as necessidades do bebê.

- 6) Ao orientar uma mãe sobre alimentação de seu filho, o profissional deve:
 - a) Falar sempre sobre todos os benefícios de uma alimentação saudável.
 - b) Sempre corrigir uma ideia errada.
 - c) Aproveitar para elogiar aquilo que ela está fazendo de certo.

- 7) Ao começar a dar alimentos ao bebê, deve-se:
 - a) Oferecer duas papinhas de fruta e uma salgada, mantendo sempre a amamentação.
 - b) Oferecer três refeições e dois lanches, mantendo sempre a amamentação.
 - c) Oferecer três refeições e dois lanches contendo frutas.

II. MARQUE A RESPOSTA ERRADA

8) Sobre a alimentação complementar saudável:

- a) Deve ocorrer em tempo adequado, ser de qualidade e deve estimular a formação de hábitos alimentares saudáveis.
- b) Deve estar de acordo com os hábitos alimentares da família e a cultura da região.
- c) Deve conter alimentos variados, não importando a disponibilidade da região e do ano.

III. MARQUE VERDADEIRO OU FALSO

9) Para criar hábitos saudáveis é importante estabelecer horários fixos, com intervalos rígidos entre uma refeição e outra.

Verdadeiro () Falso ()

10) A sopa da criança deve conter uma variedade de alimentos, porém deve ser líquida para não dificultar a ingestão, uma vez que a criança está aprendendo a se alimentar.

Verdadeiro () Falso ()

11) Os alimentos na forma de papa doce ou salgada podem ser liquidificados ou peneirados.

Verdadeiro () Falso ()

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Amamenta e Alimenta na Atenção Primária à Saúde do Município de Macaé – Rio de Janeiro.

As informações contidas neste termo foram elaboradas para a sua participação voluntária neste estudo que tem como objetivo: “Investigar a situação de aleitamento e alimentação complementar nas Unidades de Saúde de Macaé”. Para esta análise, os dados necessários serão coletados através de um formulário simples, que contém dados de identificação, conhecimentos sobre práticas alimentares de lactentes.

A aplicação deste formulário consiste em uma rápida entrevista, onde serão feitas à você perguntas objetivas, não causando nenhum tipo de risco ou desconforto.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao responsável Jane de Carlos Santana Capelli, que pode ser encontrado no e-mail jscapelli@gmail.com ou no telefone (022) 981354766.

Se o participante desejar desistir do estudo em qualquer momento, terá total liberdade para fazê-lo, garantindo que a recusa de participação não trará nenhum prejuízo à você nesta instituição.

As informações a serem obtidas durante o estudo serão analisadas em conjunto com as informações de outros adolescentes entrevistados, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante do estudo. Tais informações serão utilizadas pelo pesquisador envolvido no projeto para fins estatísticos. Se desejar, você poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não haverá despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente para este estudo.

Será garantido o sigilo das informações obtidas na pesquisa e nas posteriores publicações dos resultados da pesquisa no meio científico, serão incluídos os créditos relativos a todas as instituições envolvidas. Os pesquisadores se responsabilizarão pela divulgação dos dados ou os resultados da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a responsável pelo estudo, Jane de Carlos Santana Capelli, sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido nesta instituição de ensino.

Data: ___/___/___

(Nome/ Assinatura do participante)

Data: ___/___/___

(Nome/ Assinatura do pesquisador)