

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE  
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE  
IDADE RESIDENTES NA CIDADE DE  
FLORIANÓPOLIS/SC NO ANO DE 2004.**

Florianópolis/SC, dezembro de 2005.

ELIZABETH NAPPI CORRÊA

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE  
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE  
IDADE RESIDENTES NA CIDADE DE  
FLORIANÓPOLIS/SC NO ANO DE 2004.**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação  
em Nutrição da  
Universidade Federal de  
Santa Catarina para a  
obtenção do título de mestre  
em Nutrição: área de  
concentração Diagnóstico e  
Intervenção Nutricional em  
Coletividades

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Arlete Catarina Tittoni Corso

Florianópolis/SC, dezembro 2005

Dedico este trabalho aos meus sobrinhos Pedro e Frederico, que nasceram durante a elaboração do mesmo, e que muito me auxiliaram no entendimento das relações mãe, filho e alimento.

## AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos à todos aqueles que participaram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho, e me acompanharam neste momento tão importante da minha vida acadêmica e pessoal.

Agradeço inicialmente a minha orientadora Profa. Dra Arlete Catarina TITTONI CORSO, pela dedicação, paciência e carinho com que conduziu esta orientação. Agradeço também esta parceria harmoniosa que espero poder repetir mais vezes.

Agradeço à todos aqueles que participaram da coleta de dados, pois sem eles seria impossível a realização deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres, pelos ensinamentos durante a realização deste trabalho, além da paciência pelas dificuldades encontradas com a construção e análise do banco de dados.

Agradeço as Profa. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos e Profa. Dra. Sônia Buongermino de Souza pelas colaborações tão relevantes para a finalização deste trabalho.

Agradeço a Profa. Ileana Arminda Mourão Kazapi pelo apoio, carinho e orientação dispensados durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço a minha mãe pelo estímulo, pela paciência e pelas sugestões de descansos e lanchinhos ao longo do dia.

Agradeço ao meu namorado pela paciência quando da minha ausência e pelo recolhimento involuntário, mas realizado.

Agradeço aos meus irmãos pelo apoio, pelo auxílio técnico (quando o computador cismava em me deixar na mão) e pelas leituras compartilhadas.

Agradeço aos meus sobrinhos pelos momentos de descontração durante a fase mais desgastante do trabalho.

E principalmente agradeço as mães que participaram desta pesquisa, que são mais que fornecedoras de informações, são indivíduos colaborando para o desenvolvimento da pesquisa neste país.

## RESUMO

CORRÊA, EN. **Alimentação complementar em crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/SC no ano de 2004.** Florianópolis: 2005.

[Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina]

**Introdução:** Em vários estudos realizados, têm-se observado taxas de aleitamento materno exclusivo abaixo do recomendado, com conseqüente introdução precoce de alimentos complementares. A introdução inadequada destes alimentos pode favorecer o desenvolvimento de infecções, anemia, alergias alimentares entre outros. **Objetivo:** Estimar a época de introdução dos alimentos que compõem a alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/SC. **Método:** Foi realizada coleta de dados em 20 Unidades Locais de Saúde no Dia Nacional de Vacinação (2004). A amostra contou com 516 crianças, nas quais foram investigadas as épocas de introdução de alimentos complementares, que posteriormente foram agrupados para análise, além de características socioeconômicas maternas e biológicas da criança. **Resultados:** Apenas 28,75% das crianças com mais de seis meses de idade foram amamentadas exclusivamente no primeiro semestre de vida. Os alimentos que foram inicialmente oferecidos às crianças foram: leite modificado, suco natural e fruta, seguidos pelos vegetais, cereais e carnes. Também foram verificadas as associações entre a introdução inadequada dos alimentos complementares e o fato das mães apresentarem até 8 anos de estudo, bem como realizarem alguma atividade fora do lar. A análise multivariada não condicional foi aplicada para controlar possíveis variáveis de confusão. **Conclusão:** Alguns alimentos foram introduzidos antes dos seis meses de idade como: o leite modificado, o suco de frutas e as frutas não cítricas, e o fato da mãe apresentar até oito anos de escolaridade e exercer alguma atividade fora do lar apresenta relação com a introdução precoce de alimentos complementares. **Descritores:** alimentação complementar, nutrição infantil, aleitamento materno, desmame.

## ABSTRACT

**Introduction:** Several studies have reported that the rates of infant breastfeeding are below than the recommended, with subsequently early introduction of complementary foods. The inadequate introduction of these foods can favor the development of infections, anemia, food-borne allergies, among others. **Objective:** To evaluate the time of introduction of the complementary foods to children younger than two years old in the city of Florianópolis/SC. **Method:** The data was collected in 20 Local Health Unit facilities during the Nationwide Day of Vaccination (2004). The sample comprised 516 infants, who were investigated at the time of introduction of complementary food, and lately grouped for further evaluation, as well as the maternal, biological, socio-economic characteristics of their mothers. **Results:** Only 28,75% of the children older than six months were fed exclusively by the mother's milk in the first six months of age. The complementary foods that were first given to the infants were: modified milk, fruit juice and fruit, followed by vegetables, cereals and meats. Possible correlations were also evaluated between the inadequate introduction of the complementary food and the up to eight years of mothers schooling, as well as their activities on jobs outside home. Unconditional multivariate statistical analysis was applied to control possible variable biases. **Conclusion:** Complementary foods that were fed to the infants younger than six months comprised modified milk, fruit juice and the non-citric fruits. Also, mothers with up to eight years of schooling and the performance of activities on jobs outside home presented correlation to the precocious introduction of complementary foods.

Keywords: complementary feeding, infant nutrition, breast feeding, weaning.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Composição da amostra segundo porte das Unidades Locais de Saúde do Município de Florianópolis/SC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 39
- Tabela 2 – Unidades Locais de Saúde sorteadas, e respectivas amostras. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 40
- Tabela 3 – Distribuição de crianças menores de dois anos de idade, de acordo com o sexo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 50
- Tabela 4 – Distribuição das mães de acordo com a presença de companheiro coabitando com as mesmas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 51
- Tabela 5 – Distribuição das mães de acordo com a idade na época do nascimento da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 51
- Tabela 6 – Distribuição das mães segundo a escolaridade das mesmas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 52
- Tabela 7 – Distribuição das mães de acordo com a situação de afastamento das mesmas do lar (trabalho ou estudo). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 52
- Tabela 8 – Distribuição das mães de acordo com a renda *per capita* em salários mínimos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 53
- Tabela 9 – Distribuição das mães de acordo com o número de pessoas residentes no domicílio. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 53
- Tabela 10 – Distribuição das crianças menores de dois anos de idade de acordo com o peso ao nascer. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 54

- Tabela 11– Distribuição das crianças menores de dois anos de idade de acordo com a idade em meses no momento da coleta dos dados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 54
- Tabela 12 – Distribuição das crianças menores de dois anos de idade de acordo com o recebimento do aleitamento materno exclusivo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 55
- Tabela 13 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo lácteo, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 56
- Tabela 14 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo amido, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 57
- Tabela 15 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo vegetais, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 58
- Tabela 16 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo panificação, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 58
- Tabela 17 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo carne, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 59
- Tabela 18 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo leguminosas, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 60

- Tabela 19 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo gorduras, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 61
- Tabela 20 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo doces, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 62
- Tabela 21 – Associação entre a introdução de alimentação complementar e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 64
- Tabela 22 – Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentação complementar e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 65
- Tabela 23 – Associação entre a introdução de alimentos do grupo lácteo e as variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 67
- Tabela 24 – Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo lácteo e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 68
- Tabela 25 – Associação entre a introdução de alimentos do grupo amido e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 70
- Tabela 26 – Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo do amido e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 71

- Tabela 27 – Associação entre a introdução de alimentos do grupo vegetais e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 73
- Tabela 28 – Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo dos vegetais e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 74
- Tabela 29 – Associação entre a introdução de alimentos do grupo panificação e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 76
- Tabela 30 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo panificação e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 77
- Tabela 31 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo carne e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 79
- Tabela 32 - Análise multivariada não condicional com as variáveis, introdução de alimentos do grupo carnes e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 80
- Tabela 33 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo leguminosas e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 81
- Tabela 34 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo gorduras e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005. 83

Tabela 35 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de 84 alimentos do grupo gorduras e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.

Tabela 36 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo doces e variáveis 86 socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.

Tabela 37 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de 88 alimentos do grupo doces e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	13
1.1	Crescimento e desenvolvimento infantil.....	13
1.2	Alimentação infantil.....	16
1.2.1	Bases fisiológicas da alimentação infantil.....	18
1.2.2	Aleitamento materno.....	19
1.2.3	Alimentação complementar.....	24
1.3	Guias alimentares para crianças menores de dois anos.....	28
1.4	Aspectos da alimentação do lactente no Brasil.....	31
2	<b>OBJETIVOS.....</b>	35
2.1	Objetivo geral.....	35
2.2	Objetivos específicos.....	35
3	<b>MÉTODO.....</b>	36
3.1	Descrição da área.....	36
3.2	Delineamento do estudo.....	37
3.3	População de referência do estudo e cálculo da amostra.....	37
3.4	Instrumento para coleta dos dados.....	42
3.5	Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	42
3.6	Critérios éticos da pesquisa.....	44
3.7	Coleta de dados.....	44
3.8	Variáveis do estudo.....	45
3.9	Processamento e análise dos dados.....	49
4	<b>RESULTADOS.....</b>	50
4.1	Descrição .....	50

4.1.1	Caracterização da população .....	50
4.1.2	Aleitamento materno .....	54
4.1.3	Consumo de alimentos complementares .....	55
4.1.3.1	Grupo lácteo .....	55
4.1.3.2	Grupo amido .....	56
4.1.3.3	Grupo vegetais .....	57
4.1.3.4	Grupo panificação .....	58
4.1.3.5	Grupo carne .....	59
4.1.3.6	Grupo leguminosas.....	60
4.1.3.7	Grupo gorduras.....	60
4.1.3.8	Grupo doces.....	61
4.2	Análise.....	63
4.2.1	Alimentação complementar .....	63
4.2.2	Grupo lácteo .....	66
4.2.3	Grupo amido .....	69
4.2.4	Grupo vegetais .....	72
4.2.5	Grupo panificação .....	75
4.2.6	Grupo carne .....	78
4.2.7	Grupo leguminosas.....	80
4.2.8	Grupo gorduras.....	82
4.2.9	Grupo doces.....	85
4.3	Outros alimentos .....	88
5	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>90</b>
6	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>112</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>113</b>

**APÊNDICES**

**ANEXOS**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Crescimento e desenvolvimento infantil

Desde a concepção até a maturidade na idade adulta, o ser humano passa por uma série de modificações físicas e funcionais, às quais têm como base o aumento da massa e a aquisição de novas funções. O termo *crescimento* é preferencialmente empregado para caracterizar o aumento da massa (tamanho do corpo como um todo ou de qualquer de suas partes), que por sua vez está associado à multiplicação celular (hiperplasia) e ao aumento do tamanho das células (hipertrofia). O termo *desenvolvimento* designa a aquisição de funções, sendo associado à diferenciação celular e à maturação dos diferentes sistemas e órgãos. Embora sejam processos distintos, ocorrem de forma simultânea e integrada, podendo-se dizer que são dois fenômenos em um só (EUCLYDES, 2000a).

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

Euclides (2000a) refere que se as condições são favoráveis, o crescimento e o desenvolvimento se processam em seqüência ordenada e previsível até que o indivíduo atinja a maturidade, porém cada órgão ou sistema apresenta ritmo próprio e período de incremento máximo determinados geneticamente.

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

O crescimento físico não é constituído somente da alteração dos índices antropométricos, mas também da alteração da composição corporal de compostos químicos como lipídeos, água, proteínas e minerais (FOMON e NELSON, 1995).

Inúmeros fatores podem influenciar o crescimento e o desenvolvimento infantil, incluindo hereditariedade, sistema endócrino e fatores ambientais, principalmente a nutrição (EUCLYDES, 2000a).

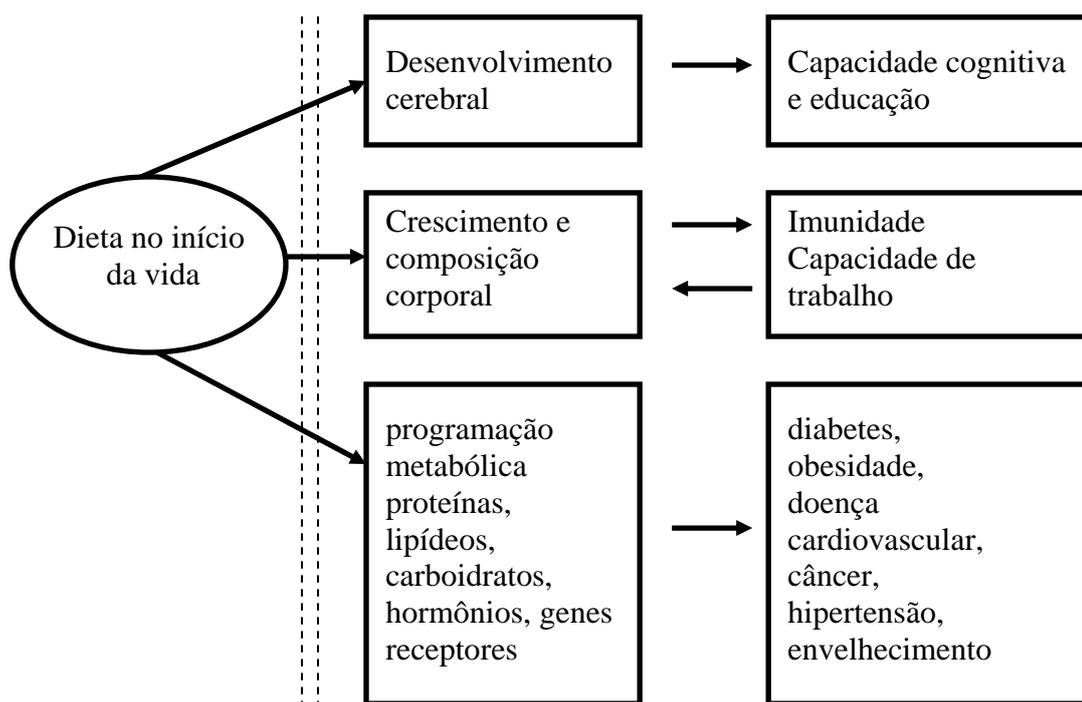
Uma hipótese a respeito do ritmo de crescimento da criança é de que cada criança possui um potencial de crescimento e massa corporal determinado geneticamente. Se as crianças se mantêm saudáveis e recebem um aporte adequado de energia e nutrientes essenciais, desenvolvem suas potencialidades de crescimento (FOMON e NELSON, 1995).

A relação entre o estado nutricional e o crescimento e o desenvolvimento infantil, há muito tem sido estudada, sendo que as evidências encontradas não deixam dúvidas quanto à importância do papel da nutrição (EUCLYDES, 2000a). A escolha de alimentos oferecidos na dieta da criança pode ou não influenciar o crescimento ou a composição corporal (MEHTA et al, 1998).

A nutrição no início da vida afeta não apenas o desenvolvimento cerebral, crescimento e composição corporal, mas também a programação metabólica com impacto sobre doenças

crônicas do adulto relacionadas com a dieta, imunidade, capacidade para o trabalho físico, e desempenho educacional e cognitivo (UAUY e CASTILLO-DÚRAN, 2004).

**Figura 1** – Interação entre a dieta no início da vida e resultados relativos à saúde e a qualidade de vida.



Fonte: Adaptado de UAUY e CASTILLO-DURÁN, 2004.

Uauy, Atalah e Kain (2000) referem que o impacto da nutrição sobre a sobrevivência e o crescimento da criança é um problema fundamental nos países em desenvolvimento, e que o alcance do potencial genético do crescimento de lactentes e crianças normais depende, dentre outros fatores, da disponibilidade e consumo de quantidades adequadas de nutrientes.

Nos países em desenvolvimento a interrupção linear do crescimento começa entre 6 e 18 meses de idade, coincidindo com a fase de crescimento na infância e o período de alimentação complementar, definido como o período em que qualquer alimento ou líquido é oferecido à criança (MICHAELSEN, SCI e FRIIS,1998; GIBSON e HOTZ, 2000). Melhorias

dietéticas durante os primeiros 2 a 3 anos de vida podem contribuir para o crescimento das crianças (RIVERA e LUTTER, 2000).

Os componentes nutricionais da alimentação infantil que podem limitar o crescimento infantil incluem energia, proteína e micronutrientes, sendo que a introdução inadequada de alimentos energéticos é uma causa importante de desnutrição (MICHAELSEN SCI e FRIIS , 1998).

As atuais iniciativas da UNICEF/OMS identificam seis áreas que exigem cuidados para o crescimento e desenvolvimento das crianças pequenas: cuidados com a mulher, aleitamento materno e práticas de alimentação, cuidados psicossociais, preparo do aleitamento, práticas de higiene e práticas domésticas de saúde. Entre as políticas orientadas no sentido de melhorar o crescimento de crianças:

*Introduzir alimentos complementares e suplementos apropriadamente ricos de micronutrientes aos 6 meses de idade. Caso sejam necessários alimentos complementares mais cedo, considerar os riscos associados com a interferência no aleitamento materno (UAUY, ATALAH e KAIN, 2000 pg 43).*

## **1.2 Alimentação infantil**

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

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

As alterações na introdução dos hábitos de alimentação de lactentes desde 1850 até 1950 foram mais importantes que os observados em qualquer tempo. Na metade de século XX, os conhecimentos sobre a alimentação do lactente estavam bastante avançados (FOMON, 1995), apesar disto, no alvorecer do terceiro milênio a alimentação de crianças durante os dois primeiros anos de vida continua representando um grande desafio para cientistas e médicos pediatras (UAUY e CASTILLO-DÚRAN, 2004).

Alimentação infantil refere-se ao conjunto de processos dietéticos, comportamentais e fisiológicos envolvidos na ingestão de alimentos (MONTE e SÁ, 2004).

As *Práticas Adequadas de Alimentação Infantil* segundo definição da World Health Organization (WHO), são aquelas que fornecem uma quantidade de alimentos adequada para suprir as necessidades nutricionais, protegem as vias aéreas da criança contra aspiração de substâncias estranhas, e não excedem a capacidade funcional do trato gastrintestinal e dos rins da criança (WHO, 1998a; BRASIL, 2002; MONTE e SÁ, 2004 ). Estas práticas nos primeiros anos de vida são condicionadas pelas necessidades nutricionais dos bebês e seu grau de maturidade funcional, especialmente quanto ao tipo de alimento, mecanismo de excreção e defesa contra infecções (AKRÉ, 1997).

O acesso a alimentos de qualidade em quantidade adequada é um direito humano básico e uma pré-condição necessária para a saúde (UAUY, ATALAH e KAIN, 2000).

### **1.2.1 Bases fisiológicas da alimentação infantil**

Nas primeiras horas após o nascimento, o bebê normal é capaz de extrair o leite do peito da mãe, levá-lo ao fundo da boca e engoli-lo. Os movimentos de sugar e engolir são vitais para a criança nos primeiros meses de vida e são realizados graças à configuração morfológica especial da boca, em particular do palato mole, proporcionalmente maior, e pela presença de reflexos de sucção e deglutição, que direcionam uma série de movimentos coordenados dos lábios, bochechas, língua e faringe (AKRÉ, 1997).

Akré (1997), define que o alimento sólido ou semi-sólido colocado na boca de bebê jovem é normalmente, rejeitado com vigor pela ação de outro reflexo normal do mesmo, o reflexo de protusão. Só entre 4 e 6 meses, quando este reflexo desaparece, é que a criança consegue transportar os alimentos semi-sólidos ao fundo da boca e engoli-los. Posteriormente, entre 7 e 9 meses, iniciam-se os movimentos rítmicos de morder, concomitante à erupção dos primeiros dentes, iniciando a mastigação.

Assim nos primeiros 4 a 6 meses de vida, o bebê normal encontra-se em estágio de desenvolvimento funcional que lhe permite aceitar dieta essencialmente líquida, sendo este um período de transição entre a nutrição fetal no útero e a alimentação mista, sólida, predominante durante a vida (AKRÉ, 1997).

Com relação ao sistema excretor dos recém-nascidos à termo, a maioria das funções renais estão quase completamente amadurecidas ou amadurecem num período curto de tempo. Assim, recomendações na alimentação complementar originalmente não precisam ser modificadas para atender a capacidade renal da criança. Entretanto a capacidade máxima renal de concentrar urina do rim do recém-nascido é um pouco menor que em crianças mais velhas (WHO, 1998b).

De outro modo, a função digestiva da criança muda consideravelmente durante o primeiro ano de vida. As concentrações intestinais das enzimas pancreáticas, amilase, lipase e tripsina é consideravelmente menor durante os primeiros meses de vida, se comparado com a criança mais velha e o adulto. Do mesmo modo a secreção de sais biliares também apresenta concentrações baixas. De acordo com estas alterações relacionadas à idade da criança, a alimentação complementar deve estar adequada a maturação fisiológica da mesma (WHO, 1998b).

### **1.2.2 Aleitamento materno**

A aquisição de matéria-prima essencial e de fontes de energia do meio no início da vida são importantes para o crescimento, bem como para o desenvolvimento físico e psicológico do ser humano. Para os mamíferos, a nutrição no período pós-natal precoce é representada pelo aleitamento materno (SOUZA, CASTRO e NOGUEIRA, 2003).

Pertencentes à *Classe Mammalia*, a principal característica é a total dependência alimentar que os recém-nascidos têm de suas mães. Ao longo do século passado, a mulher veio gradativamente se afastando da função de amamentar seus filhos. Entre as possíveis causas destacam-se o novo papel da mulher na sociedade, o cuidado com o corpo e a crença de que a amamentação torna as mamas flácidas, a família nuclear constituída de pai, mãe e filho, dificultando a transmissão natural dos costumes antigos, a invenção da mamadeira, a refrigeração, a pasteurização e a promoção comercial de alimentos de lactentes e crianças pequenas contribuíram para o decréscimo do aleitamento materno e o apogeu do aleitamento artificial (ICHISATO e SHIMO, 2002).

Atualmente a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida tem sido exaustivamente referida. O leite materno é inquestionavelmente o melhor alimento para as crianças nos primeiros meses de vida, por sua composição nutricional equilibrada, temperatura adequada, ser totalmente estéril, ter composição variável de acordo com a maturação das mamas e da capacidade gástrica da criança, possibilitar a relação mãe/filho harmoniosa, praticamente não propiciar reações alérgicas, além das vantagens de ordem econômica. Garante a alimentação ideal para o bebê, contribui para seu crescimento e desenvolvimento saudável, reduz a incidência e a severidade das moléstias, como infecções respiratórias, meningite bacteriana, botulismo, diarreia, infecção urinária, entre outros. Além de proteger a mãe contra o risco de câncer de mama e ovários e auxiliar na recuperação do peso pré-gestacional, entre outros (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997; GARCINUÑO, et al, 2003, REA, 2004).

Em 1991 a Organização Mundial de Saúde - OMS estabeleceu indicadores bem definidos de aleitamento materno (Giugliani, 2000). São as seguintes categorias de aleitamento materno internacionalmente reconhecidas:

- *Aleitamento materno exclusivo*: a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- *Aleitamento materno predominante*: a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, soluções de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos e fluidos rituais (em quantidades limitadas);

- *Aleitamento materno*: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado);

- *Aleitamento materno complementado*: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

O leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, e continuado até 2 anos ou mais com a introdução de outros alimentos por ser um alimento completo, fornecendo inclusive água, com fatores de proteção contra infecções comuns da infância, isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança. Além do mais, o ato de amamentar é importante para as relações afetivas entre mãe e filho (BRASIL, 2002). O aleitamento materno é a maneira de garantir o crescimento e desenvolvimento saudável dos lactentes por apresentar a composição ideal de nutrientes para o recém-nascido (RIBEIRO et al, 200\_; WHO, 2000). Dados científicos recentes confirmam a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida, sua continuação até 2 anos ou mais, e os perigos potenciais da introdução precoce de alimentos complementares (MONTE e SÀ, 2004).

A Organização Mundial de Saúde-OMS recomendou em 2001 a alimentação exclusiva ao peito até pelo menos 4 e se possível 6 meses de vida da criança, e continuação da amamentação junto com a introdução de outros alimentos adequados até os 2 anos de idade ou mais (WHO, 1998a;WHO, 2000). A partir da 54<sup>a</sup> Assembléia Mundial de Saúde, a idade recomendada para a introdução de alimentos complementares passou a ser de seis meses de idade (MONTE e GIUGLIANI, 2004). Desde então, devem receber alimentos complementares, higienicamente seguros e nutricionalmente adequados juntamente com a continuidade do aleitamento materno (RIBEIRO et al, 200\_ ). Ainda assim, muitas crianças

têm a amamentação ao peito interrompida nas primeiras semanas ou meses e como resultado apresentam um risco aumentado para desnutrição, enfermidades e morte (WHO, 1998a).

Os benefícios econômicos do aleitamento materno são diretos, quando se compara o baixo custo da amamentação com a utilização dos substitutos do leite materno, e indiretos, quando são abordados gastos com doenças relacionadas ao aleitamento artificial, (ARAÚJO et al, 2004).

Em estudo realizado por Araújo et al (2004), foi observado que o custo da alimentação suplementar da nutriz equivale a 8,7% do salário mínimo. Gastam-se aproximadamente 35% do salário mínimo na alimentação do bebê com fórmula infantil e 11% com leite de vaca tipo C.

Entretanto observa-se, que a despeito de ser sistematicamente enaltecido e recomendado, o aleitamento não é uma prática universal. O desmame precoce, especialmente nos grupos sociais menos favorecidos, assume características de importância enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2001). No Brasil, a maioria das mães inicia a amamentação; sendo que esta com frequência é interrompida precocemente, com possíveis conseqüências deletérias para a criança (GIUGLIANI et al, 1995).

Kummer et al (2000) definem a interrupção precoce do aleitamento materno como a interrupção da amamentação antes dos seis meses de vida do lactente.

Entre os fatores envolvidos nas taxas sub-ótimas de aleitamento materno, encontram-se o desconhecimento da importância do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe, algumas práticas e crenças culturais, utilização de chupetas, a promoção comercial inadequada de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, a falta de confiança da mãe quanto a sua capacidade de amamentar o seu filho e práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde (GIULGIANI, 2000; SOARES et al, 2003).

Os fatores determinantes do desmame, mais as atividades pró-aleitamento materno mal executadas continuam a induzir o uso do leite artificial e da mamadeira (REA, 2003).

Em estudo realizado por Giugliani et al (1995), foi observado que o fato de ter informação não significa que a mãe pratique o aleitamento materno adequadamente, sendo que entre as mães que amamentaram mais de 3 meses e as que amamentaram por um período inferior a este, o nível de esclarecimento sobre as vantagens do aleitamento materno não influenciou a escolha.

Está bem demonstrado que a introdução de outros alimentos na dieta de crianças pequenas diminui a frequência e a intensidade da sucção e conseqüentemente a produção de leite, além de interferir no comportamento alimentar da criança, diminuir a produção precoce de leite materno, reduzir a absorção de ferro do leite materno e aumentar o risco de infecções e alergias para a criança (AKRÉ, 1997; MULDER-SIBANDA E SIBANDA-MULDER, 1998).

Discute-se ainda hoje, a melhor época para o oferecimento de outros alimentos que, juntamente com o leite materno, atendam à demanda, principalmente energética, imposta pelo rápido crescimento da criança no primeiro ano de vida. Outro aspecto fundamental, além da idade para início do desmame, refere à qualidade e a quantidade dos alimentos que devem ser oferecidos à criança (SOUZA, SZARFARC e SOUZA, 1999). Várias pesquisas mostram que apesar do crescente investimento nesta área, a alimentação complementar é introduzida precocemente, com baixa densidade energética e de nutrientes (BRASIL, 2001).

### 1.2.3 Alimentação complementar

Como a criança cresce e fica mais ativa com a idade, o leite materno não é suficiente para suprir as suas necessidades nutricionais, a partir dos seis meses de idade. São necessários então alimentos complementares para suprir as necessidades totais da criança juntamente com o leite materno (WHO, 2000).

O termo alimentação de desmame, atualmente foi preterido pelo termo alimentação complementar, pois expressa o real significado do mesmo, sendo não a interrupção da amamentação, mas sim o primeiro contato com os alimentos consumidos pela família (MARCHIONI et al, 2001). Estes alimentos oferecidos às crianças são chamados de alimentos complementares. Durante o período de alimentação complementar, um bebê é acostumado gradativamente à alimentação da família. Ao término deste período (normalmente ao redor dos 2 anos de idade), o leite materno é completamente substituído através dos alimentos da família, embora uma criança ainda possa às vezes, ser amamentada para seu conforto (WHO, 2000).

O processo de introdução de alimentação complementar atualmente continua sendo uma etapa de muitas contradições (MONTE e SÁ, 2004). Existem controvérsias na literatura sobre a idade exata para a introdução de alimentos complementares (MICHAELSEN, SCI e FRIIS, 1998), no entanto existe consenso de que a administração de alimentos e outros líquidos antes dos 4 meses não deve ser recomendada, uma vez que os malefícios resultantes ultrapassam em muito qualquer benefício em potencial para a população (MONTE e SÁ, 2004). Além disso, podem ocorrer efeitos sobre o comportamento alimentar do bebê e, portanto sobre a secreção de leite. Qualquer alimento ou bebida oferecidos antes de serem

nutricionalmente necessários, podem interferir na iniciação ou manutenção da amamentação (AKRÉ, 1997).

Os alimentos complementares podem ser especificamente preparados para suprir as necessidades nutricionais e fisiológicas das crianças pequenas, ou podem ser os mesmos alimentos consumidos pelos demais membros da família. No primeiro caso, alguns autores têm sugerido o termo alimentos transicionais ou alimentos de transição. Esses alimentos correspondem aos chamados no passado de “alimentos de desmame”. Este termo tem sido evitado, pois apresenta uma conotação para as mães e muitos profissionais de saúde de que é a parada total e imediata da amamentação, ao invés de um período de transição em que a criança progressivamente passa do seio materno para a alimentação da família (MONTE e SÁ, 2004; GIUGLIANI e VICTORA, 2000).

A idade de introdução de novos alimentos na dieta do bebê vem sendo estudada há muitas décadas. Em 1923 estudos evidenciaram que a criança necessitava de outros alimentos (além do leite materno) para um crescimento adequado; em 1937, recomendou-se a introdução de vegetais e frutas por volta dos 4-6 meses; e em 1943 estudos indicavam a necessidade de introdução de sardinha, atum e camarão na quarta semana de vida; e finalmente em 1958, a Academia Americana de Pediatria recomendou a não introdução de sólidos antes dos 4 - 6 meses de vida. O processo de introdução de alimentos sólidos é lento, e quanto mais jovem a criança, mais demorada é a aceitação de alimentos diferentes do leite (SIGULEM e TADDEI, 2004).

A idade ideal para a introdução de alimentos complementares deveria ser determinada comparando as vantagens e as desvantagens de se acrescentar alimentos à dieta em idades variadas. Os resultados obtidos deveriam levar em consideração não apenas a idade de introdução e o crescimento infantil, mas também os indicadores de saúde como mortalidade infantil, morbidade, além de avaliar o estado nutricional materno e o custo (WHO, 1998b).

O período de introdução da alimentação complementar, que deve ocorrer entre seis e doze meses de vida, é uma etapa crítica, que com frequência, conduz à má nutrição e a enfermidades quando a criança não recebe uma dieta adequada, além do risco de contaminação dos alimentos, favorecendo a ocorrência de doença diarréica e desnutrição (PALMA e SARNI, 1998; SIMON, SOUZA e SOUZA, 2003). Este é um processo que envolve complexos fatores sociais, econômicos e culturais que interferem no estado nutricional da criança; a adoção de práticas alimentares adequadas nos primeiros anos de vida é de vital importância, pois vários erros alimentares podem não somente gerar distúrbios nutricionais como déficit de peso, obesidade e anemia, além de criar hábitos alimentares distorcidos que se perpetuam na fase adulta (SIMON, SOUZA e SOUZA, 2003).

Todavia, a decisão sobre quando iniciar a complementação não pode ser tomada apenas com base na idade. Devem também ser considerados os tipos de alimentos normalmente utilizados para esse fim ou facilmente disponíveis, condições do meio ambiente e equipamentos no domicílio para a preparação e alimentação dos bebês com segurança (AKRÉ, 1997).

Além disso, embora o leite humano seja ainda um importante alimento durante o segundo semestre e assim continue pelo segundo ano de vida, as crianças requerem alimentos sólidos complementares, seguros e nutricionalmente adequados depois dos 6 meses para atender às suas necessidades de micro e macronutrientes (UAUY e CASTILLO-DÚRAN, 2004). Com base nisso Sigulem e Taddei (2004) referem que o segundo ano de vida ainda é definido como período de alimentação complementar, uma vez que a função da dieta é complementar o leite materno.

O leite materno é o único alimento “padrão” para a criança pequena. Uma vez iniciados outros alimentos, eles podem ser tão variados quanto à dieta da família e preparados

no domicílio de maneira normal. Nutricionalmente os alimentos complementares substituem progressivamente o leite materno, um alimento completo e bem balanceado (AKRÉ, 1997).

Em longo prazo as práticas de alimentação complementar inadequadas podem também ter impacto negativo na saúde através de dois mecanismos. Um é o efeito cumulativo de alterações que, embora se iniciem precocemente na vida, só resultem em morbidade anos depois. O outro é a criação de hábitos alimentares que conduzam a práticas dietéticas indesejáveis, contribuindo para problemas de saúde (AKRÉ, 1997).

Sabe-se que a introdução tardia de alimentos não lácteos no esquema alimentar infantil leva ao aparecimento de retardo no crescimento e deficiências nutricionais, com sérios prejuízos para a saúde (SOUZA, SZARFARC e SOUZA,1999). Michaelsen, Sci e Friis (1998) propõem que a introdução inadequada de alimentos complementares é uma das causas principais da alta prevalência de desnutrição nos países em desenvolvimento. Outras implicações possíveis são o desenvolvimento da obesidade, hipertensão e arteriosclerose à longo prazo (AKRÉ, 1997).

As razões para introdução precoce de alimentos complementares apontadas atualmente pelas mães sugerem falta de informação e de apoio dos profissionais de saúde, fatores identificados como presentes em nosso meio desde O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno/MS, que vigorava em 1979. A influência de parentes e vizinhos também pode facilitar a introdução precoce de alimentos complementares (MONTE e SÁ, 2004).

A questão do aleitamento materno e da introdução de novos alimentos não é somente biológica mas é histórica, social e psicologicamente delineada (ICHISATO e SHIMO, 2001). O desmame e a introdução de novos alimentos à alimentação do lactente, deveriam ser estudados, não somente do ponto de vista fisiológico, mas também do ponto de vista sócio-cultural. O homem é de natureza social, e seus fortes hábitos alimentares desenvolvem-se dentro de sua cultura e variam bastante de uma sociedade para outra, tendo a unidade familiar

um papel muito importante no desenvolvimento destes hábitos (CALDEIRA, 2000). A nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar, pois o significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico (ROTENBERG, VARGAS, 2004).

De modo geral, a gerência e o controle da alimentação do grupo familiar são atribuições femininas, regidas através de regras econômicas, morais, higiênicas e estéticas (CANESQUI, 1988). Merece atenção especial a maneira como a mulher/cuidadora se relaciona com as escolhas alimentares da família, principalmente em relação aos alimentos complementares. Gradativamente, a criança recebe a alimentação dos pais, que tem a responsabilidade de oferecer uma alimentação variada para que a criança aprenda sobre os diversos sabores, desenvolvendo e exercitando o paladar (RAMOS e STEIN, 2000).

### **1.3 Guias alimentares para crianças menores de 2 anos**

O estabelecimento de normas para alimentação na infância não deve se restringir apenas às necessidades orgânicas. Sendo o alimento uma das principais formas de contato com o mundo externo nos primeiros anos de vida, é prioritário que o desenvolvimento neurológico e emocional também sejam considerados (PALME e SARNI, 1998).

Com o objetivo de nortear a adequada informação sobre a alimentação infantil, o Ministério da Saúde elaborou os **Dez Passos Para Uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores e Dois Anos** (BRASIL, 2002, pg.87).

- **Passo 1** – *Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.*
  
- **Passo 2** – *A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.*
  
- **Passo 3** – *A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.*
  
- **Passo 4** – *A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.*
  
- **Passo 5** – *A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.*
  
- **Passo 6** – *Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.*
  
- **Passo 7** – *Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.*

- **Passo 8** – *Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.*
  
- **Passo 9** – *Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.*
  
- **Passo 10** – *Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.*

Os guias alimentares para menores de 2 anos são instrumentos educativos que refletem de forma prática, o conhecimento científico atual sobre requerimentos nutricionais e alimentação infantil. Possibilitam que sejam culturais e socialmente adequadas e viáveis para as mães das crianças deste grupo etário. Em nível mais amplo, os guias alimentares podem constituir valioso subsídio para o planejamento e execução de programas de nutrição para crianças menores de 2 anos de idade (MONTE e SÀ, 2004).

Os alimentos complementares devem ser criteriosamente selecionados. Além de excluir da alimentação aqueles citados na recomendação do Ministério da Saúde, deve-se evitar no primeiro ano de vida os alimentos que contêm nitratos (espinafre, beterraba e embutidos), agrotóxicos (tomate, morango) e os que oferecem maior risco de contaminação (enlatados, embutidos e mel) (EUCLYDES, 2000c).

Não existe a necessidade de seguir uma ordem exata de introdução de alimentos, mas deve-se priorizar os alimentos com alto valor energético, ricos em nutrientes (particularmente ferro, cálcio, zinco, vitaminas A e C e ácido fólico) e livres de contaminação (microbiológica

e química). Sendo assim a refeição de sal deve ser introduzida inicialmente, e é fundamental que os alimentos administrados complementem o valor nutricional do leite materno (WHO, 1998b; SIGULEM e TADDEI, 2004). Devem ser evitados também alimentos potencialmente alergênicos: leite de vaca, clara de ovo, tomate, amendoim e chocolate (EUCLYDES, 2000c).

No segundo ano de vida a criança torna-se mais independente, tem mais condições de se comunicar, além de já possuir diversos dentes e apresentar sistemas metabólico e digestivo funcionando com capacidade igual ou semelhante ao adulto, sendo este período decisivo em termos de formação de hábitos alimentares, que tendem a se solidificar na vida adulta. Por isso é importante estimular o consumo de uma alimentação saudável o mais precocemente possível (SIGULEM e TADDEI, 2004).

#### **1.4 Aspectos da alimentação do lactente no Brasil**

No decorrer dos anos 80, alguns estudos de grande porte sobre a saúde infantil foram realizados no país. No tocante ao aleitamento materno, as pesquisas aqui realizadas tem enfocado, principalmente, a frequência e a duração dessa prática alimentar, acrescidas da investigação de alguns fatores a ela associados, sobretudo no grupo de crianças com idade igual ou menor que dois anos. Conforme estes estudos, a maioria das crianças é amamentada logo após o nascimento. Entretanto, com o passar do tempo, observa-se uma tendência para o abandono dessa prática, ou para associá-la com o uso de outros líquidos (água, chá, suco, outros leites), alimentos semi-sólidos e sólidos, evidenciando o padrão de alta incidência e curta duração do aleitamento materno no país (BRASIL, 2001).

As ações de promoção ao aleitamento materno e introdução adequada de alimentos complementares devem ser reforçadas de acordo com as recomendações, visando melhores condições de saúde para as crianças, pois apesar de todos os esforços no sentido de incentivar o aleitamento materno, principalmente o exclusivo, os dados nacionais mostram que os objetivos ainda estão longe de serem alcançados.

Segundo dados coletados em 1999, na Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal (BRASIL, 2002), o Brasil apresenta taxa de aleitamento materno exclusivo de 53,1%, no primeiro mês de vida, com decréscimo desses valores para 30,6% entre 61 e 90 dias, chegando à 9% ao final dos 180 dias de idade. A Região Sul do país, em comparação com as demais regiões, apresenta os melhores índices de aleitamento materno, correspondendo a 64,3% no primeiro mês, 39,9% entre 61 e 90 dias e 12% aos 180 dias.

Merece destaque o fato da cidade de Florianópolis/SC apresentar as maiores prevalências de aleitamento materno exclusivo de todo o país. No primeiro mês de vida 71,8% das crianças são amamentadas exclusivamente, entre os 61 e 90 dias, sendo que este valor cai para 49,1%, chegando a apenas 18,4% aos 180 dias de vida. Entretanto quando se analisa a taxa de aleitamento materno, a Região Sul do país não apresenta os melhores indicadores, tanto é que em Florianópolis/SC a taxa de aleitamento materno aos 180 dias é de somente 66%. Estes dados nos mostram que em Florianópolis/SC o aleitamento materno exclusivo se prolonga por mais tempo, porém acontece a interrupção precoce do aleitamento materno, contrariando as recomendações de que o mesmo aconteça até os dois anos de idade (BRASIL, 2001). A grande prevalência de aleitamento em Florianópolis pode ser explicado em parte, pelas várias ações pró-aleitamento materno desenvolvidas tais como: pela existência no município de dois Hospitais Amigos da Criança, que primam pelo estímulo do aleitamento materno, bem como pela existência do Programa Capital Criança, desde maio de 1997, que

tem por princípio fundamental a manutenção da saúde das crianças menores de 6 anos de idade, com o incentivo ao aleitamento materno, pelas ações da Vigilância Sanitária do Município e da Fundação de proteção e Defesa do Consumidor (PROCON) monitorando a comercialização de alimentos destinados à crianças na primeira infância e pelas ações do IBFAN (Internacional Baby Food Actions Network).

As conclusões sobre as práticas alimentares das crianças brasileiras menores de dois anos de idade descritas pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2002 pg 86) de acordo com vários estudos realizados são:

- 1. “Apesar do aumento das taxas de aleitamento materno, a prevalência e duração dessa prática estão abaixo do recomendado atualmente.*
- 2. A amamentação exclusiva ainda é pouco praticada em todas as regiões.*
- 3. É comum a introdução precoce dos alimentos complementares.*
- 4. As dietas são, em geral, adequadas quanto ao conteúdo protéico e de vitamina A. No caso dessa vitamina, pode haver deficiência na dieta das famílias com menos de dois salários mínimos de renda mensal, nas diferentes áreas geográficas.*
- 5. As dietas são, em geral, consideradas adequadas quanto ao conteúdo energético. No entanto, dados que correlacionem a adequação energética de dietas com as faixas de renda familiar não são disponíveis.*
- 6. As dietas com frequência possuem baixa densidade energética, o que pode estar relacionada com a sua pouca consistência.*
- 7. As dietas são deficientes de ferro.*

8. *As dietas tendem a ser monótonas, especialmente para o grupo de seis a onze meses.*
9. *A oferta diária de alimentos à criança é compatível com as recomendações, muito embora não se possa afirmar que a qualidade e a consistência da dieta oferecida sejam adequados.*
10. *A mamadeira é amplamente utilizada, mesmo em crianças pequenas amamentadas.*
11. *Existem muitas crenças e tabus relacionados à alimentação da criança, alguns deles prejudiciais.*
12. *Algumas práticas alimentares adotadas com as crianças doentes ou convalescentes são prejudiciais.”*

De acordo com o exposto, justifica-se a necessidade de conhecer a introdução da alimentação complementar em crianças menores de 2 anos de idade na Cidade de Florianópolis/SC, tendo em vista a importância da adequada escolha destes alimentos como fator de favorecimento para o crescimento e desenvolvimento adequados das crianças, da manutenção da saúde a curto, médio e longo prazo, além da formação de hábitos alimentares saudáveis. Os resultados obtidos poderão servir de subsídio para a elaboração de instrumentos de educação em saúde voltados ao adequado consumo alimentar infantil, principalmente em lactentes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as práticas de alimentação complementar em crianças menores de dois anos de idade residentes na Cidade de Florianópolis/SC no ano de 2004.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer os alimentos mais utilizados no período de introdução de alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/SC no ano de 2004.

- Comparar o período de introdução de alimentos complementares observados na alimentação de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/SC no ano de 2004, com a recomendação estabelecida pela literatura.

- Verificar a associação entre o período de introdução de determinados alimentos e características socioeconômicas maternas e biológicas da criança.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Descrição da área**

Este estudo foi realizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. A escolha desta cidade se deu devido às suas características, onde a migração populacional intensa na última década aumentou significativamente o número de habitantes, passando de 254.941 habitantes em 1991 para 369.101 habitantes em 2003, segundo dados estimados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população infantil segundo estimativas do IBGE (MS, 2004) no ano de 2003 era de 5.410 crianças menores de 1 ano de idade e 22.010 crianças entre 1 e 4 anos de idade. O território de Florianópolis corresponde a uma área de 436,5Km<sup>2</sup>, sendo composto por 12 distritos, apresentando um densidade demográfica no ano de 2000 de 760,10 hab/Km<sup>2</sup> (PMF, 2003).

A Cidade de Florianópolis possuía em funcionamento em agosto de 2004, 47 Unidades Locais de Saúde e na campanha de vacinação do ano de 2003 atingiu uma cobertura vacinal de 96,39% e 96,64% na 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> etapa da campanha de vacinação da poliomielite respectivamente (MS, 2003a), incluindo os postos de vacinação fixos (Unidades Locais de Saúde) e postos de vacinação volantes (supermercados, postos policiais, associações de moradores, entre outros). A Cidade de Florianópolis é a capital brasileira com o menor coeficiente de mortalidade infantil.

### **3.2 Delineamento do estudo**

Estudo transversal para estimativa da prevalência da introdução precoce de alimentos complementares na dieta de crianças menores de 2 anos de idade. Adicionalmente foram testadas associações com a idade materna, a renda per capita, a escolaridade materna, o estado civil materno, a atividade fora do lar materna, o número de residentes em casa e o peso ao nascer da criança.

### **3.3 População de referência do estudo e cálculo da amostra**

Inicialmente, a população de referência seria constituída por todas as crianças menores de dois anos de idade vacinadas na campanha do Dia Nacional de Vacinação, incluindo as freqüentadoras das Unidades Locais de Saúde e as dos postos de vacinação volantes distribuídos pela cidade, correspondendo a mais de 110 locais de vacinação.

Entretanto, na campanha de vacinação de 2004, a aplicação da vacina contra poliomielite (via oral) seria realizada juntamente com a aplicação da Tríplice Viral (em crianças menores de 1 ano), sendo então descartada a participação dos postos volantes de vacinação, pela dificuldade de se adequar os locais de acordo com as normas higiênico-sanitárias necessárias para a aplicação deste tipo de vacina (via sub cutânea). Neste sentido, como população de referência para este estudo foram utilizadas às crianças residentes na cidade de Florianópolis menores de dois anos de idade que freqüentaram as Unidades Locais de Saúde deste município no Dia Nacional de Vacinação, correspondendo então a 47 locais.

A estimativa de crianças que seriam vacinadas foi realizada com base no número de crianças vacinadas em cada Unidade Local de Saúde na Campanha Nacional de Vacinação de agosto de 2003, dados estes fornecidos pela Vigilância Epidemiológica (Secretaria Municipal de Saúde – Florianópolis/SC).

A população incluída nesta investigação foi formada por crianças menores de dois anos de idade de ambos os sexos, e suas respectivas mães, freqüentadoras das Unidades Locais de Saúde da Cidade de Florianópolis, no Dia Nacional de Vacinação - 21 de agosto de 2004.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se o número de crianças menores de dois anos de idade vacinadas na campanha de vacinação do ano anterior (2003) em cada Unidade de Saúde, correspondendo a um total de 6.187 crianças.

A amostra foi calculada para estimar a prevalência de introdução inadequada de alimentos complementares na dieta de crianças menores de 2 anos de idade.

Descrição do cálculo:

N: população de referência do estudo = 6.187 crianças

P: prevalência do fenômeno sob investigação = 0,5 ou 50% (desconhecida)

d: erro amostral previsto: 5% ou 0,05

Z: Confiança de 95% ( $\alpha = 5\%$ )

$$n = N \cdot z^2 \cdot P(1-P) / d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot P(1-P)$$

$$n = 342$$

Como a amostra foi realizada em dois estágios, primeiro sorteou-se as Unidades Locais de Saúde e depois as crianças, onde foi adotado um efeito de desenho de 1,5.

$$n = 342 \times 1,5 \text{ (efeito do desenho)}$$

Foram ainda adicionadas 10% crianças a mais para compensar eventuais perdas ou recusas, totalizando um tamanho da amostra de 564 crianças.

## Sorteio

Para garantir variabilidade amostral, foi obedecido o critério de 20 pontos de coleta de dados, ou seja, foram sorteadas 20 Unidades Locais de Saúde (VICTORA e BARROS, 1991). Neste sentido as Unidades Locais de Saúde foram divididas segundo seu porte em pequenas, médias e grandes. Para esta finalidade considerou-se como ponto de corte os tercis da distribuição de frequência do número de crianças segundo as Unidades Locais de Saúde, conforme a campanha de vacinação de agosto de 2003 (ANEXO A). Assim foram consideradas como pequenas as 27 Unidades Locais de Saúde com número de crianças menores de 24 meses vacinadas entre 8 a 132; 13 foram consideradas médias com número de crianças variando entre 134 a 195 e grandes foram as 7 Unidades Locais de Saúde com 197 a 403 crianças vacinadas.

Para compor a amostra 20 Unidades Locais de Saúde dentre as 47 existentes, foram selecionadas através de sorteio aleatório. Este sorteio obedeceu à proporcionalidade das Unidades Locais de Saúde pequenas (57,45%), médias (27,7%) e grandes (14,9%). Foram sorteadas, portanto 11 Unidades Locais de Saúde pequenas, 6 médias e 3 grandes. Além disso, foram sorteadas 2 Unidade Locais de Saúde reservas para cada grupo.

O sorteio das Unidades Locais de Saúde foi realizado utilizando o gerador de números aleatórios do programa Epi-info 6.04 (random number list generator). A tabela 1 sintetiza o processo descrito.

**Tabela 1 - Composição da amostra segundo porte das Unidades Locais de Saúde do Município de Florianópolis/SC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Porte	N	%	Amostra US ( n )	Amostra crianças
Pequena	27	57,4	11	188
Média	13	27,7	6	188
Grande	7	14,9	3	188
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>564</b>

Em seguida foi calculada a fração amostral (K) para cada Unidade de Saúde sorteada:

**Pequenas**  $K = 873/188 = 4,64$

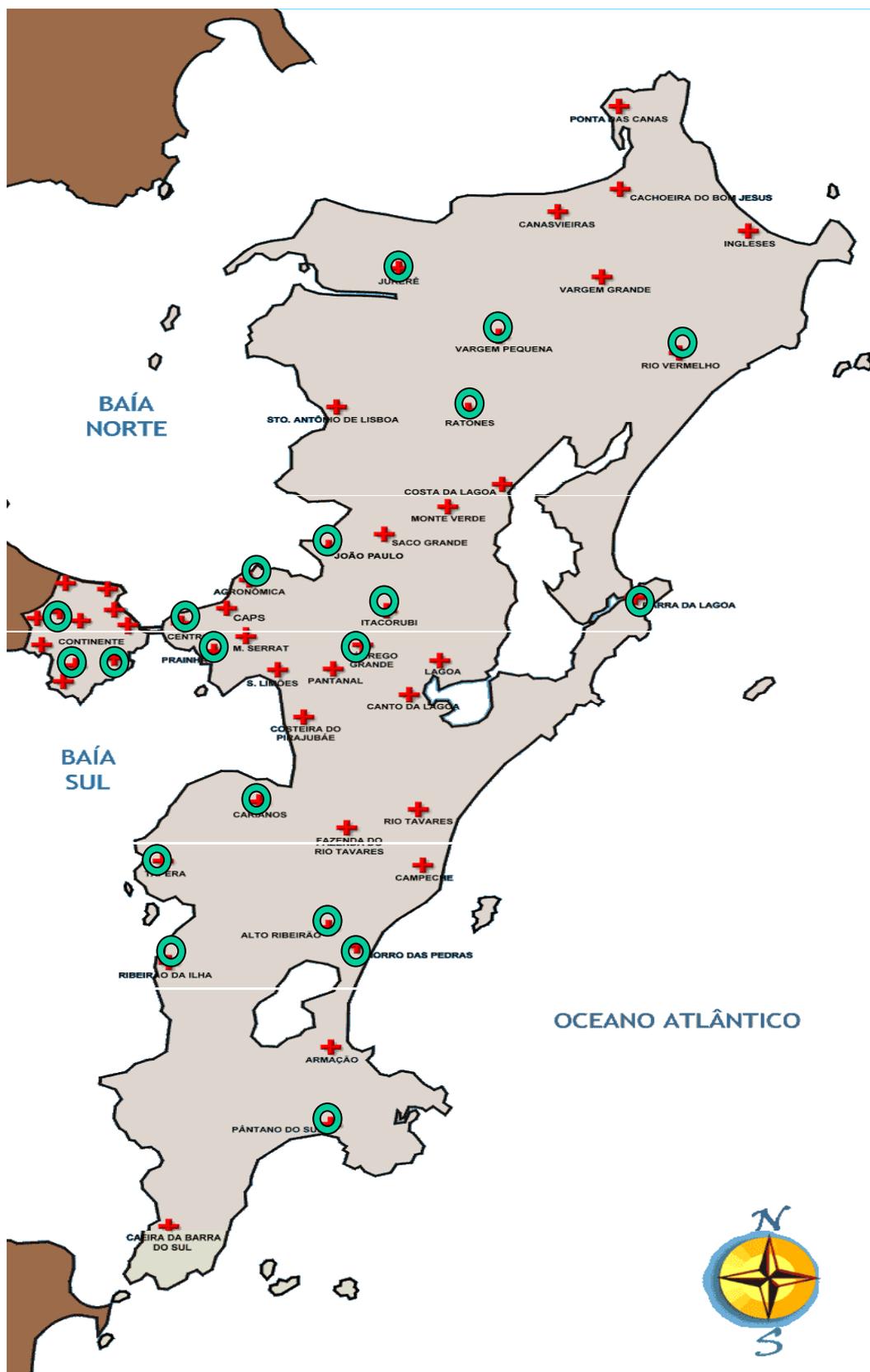
**Médias**  $K = 949/188 = 5,05$

**Grandes**  $K = 930/188 = 4,94$

Na tabela 2 estão apresentadas a relação das 20 Unidades Locais de Saúde sorteadas, o respectivo número de crianças menores de dois anos de idade, bem como a amostra de mães que seriam entrevistadas em cada uma destas Unidades Locais de Saúde, totalizando 564 mães.

**Tabela 2 – Unidades Locais de Saúde sorteadas e respectivas amostras. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Unidade Locais de Saúde</b>	<b>N ° de crianças menores de 2 anos</b>	<b>Amostra</b>
01	CSI Vargem Pequena	0028	6
02	CSII Ribeirão da ilha	0059	13
03	CSI Pântano do Sul	0060	13
04	CS Ratonos	0065	14
05	CS João Paulo	0068	15
06	CSI Alto Ribeirão	0083	18
07	CSI Barra da Lagoa	0090	19
08	CS Prainha	0098	21
09	CS I Morro das Pedras	0100	21
10	CSI Jurerê	0102	22
11	CS Coloninha	0120	26
12	CSI Córrego Grande	0134	27
13	CSII Itacorubi	0142	28
14	CSII Carianos	0154	30
15	CSI Tapera	0162	32
16	CSI Rio vermelho	0165	33
17	CSI Abraão	0192	38
18	CSII Agronômica	0201	41
19	CSII Centro	0326	66
20	CS Monte Cristo	0403	81
	<b>TOTAL</b>	<b>2752</b>	<b>564</b>



**Figura 2** – Ilustração das Unidades Locais de Saúde sorteadas e sua distribuição espacial no território de Florianópolis.

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003.

### **3.4 Instrumento para coleta dos dados**

Para a realização deste estudo foi elaborado como instrumento para coleta de dados, um questionário, dividido em dados gerais e introdução de alimentos complementares (APÊNDICE A). As questões apresentadas na primeira parte do instrumento correspondiam à identificação da criança, escolaridade materna, renda familiar, tempo de aleitamento materno, estado civil, atividade materna fora do lar, local de residência e número de habitantes na casa. Na segunda parte do instrumento, as questões observadas se relacionam com a idade de introdução dos alimentos oferecidos às crianças.

Anteriormente foi realizado um pré-teste para testar o instrumento, o qual foi aplicado com seis mães de crianças internadas na Pediatria do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visando verificar o entendimento das mesmas e o tempo gasto em cada entrevista. Com base nos resultados obtidos, o instrumento sofreu modificações na sua estrutura e na linguagem utilizada.

### **3.5 Seleção e treinamento dos entrevistadores**

Para a realização da coleta de dados, foram necessários 56 entrevistadores, distribuídos nas 20 Unidades Locais de Saúde, de acordo com o número de mães que deveriam ser entrevistadas. Estes entrevistadores foram selecionados entre os acadêmicos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina dos cursos de Nutrição, Enfermagem e Serviço Social, além dos coordenadores da pesquisa.

Na seleção dos entrevistadores, foi realizada busca ativa dos interessados nas diversas turmas de graduação dos cursos de Nutrição e Enfermagem da UFSC, através de correio eletrônico e visitas em salas de aula. Além disso, foi realizada a distribuição de material de divulgação entre os alunos do Serviço Social através de professores do referido curso. Também foram selecionados alunos de outros cursos, de nível técnico, que demonstraram interesse na pesquisa. Todos receberam certificados pela participação no projeto.

Para os entrevistadores selecionados foi planejada uma ajuda de custo referente ao transporte e alimentação, tendo em vista que muitas Unidades Locais de Saúde estavam localizadas em bairros distantes do centro da cidade de Florianópolis, requerendo a utilização de mais de um transporte coletivo. Além disso, os entrevistadores permaneceram 9 (nove) horas seguidas nas Unidades Locais de Saúde, e necessitaram realizar pelo menos uma refeição no local, ou nas proximidades do mesmo.

Inicialmente foi realizada reunião prévia para o esclarecimento sobre a pesquisa (objetivo, carga-horária, ajuda de custo, entre outros).

O treinamento foi realizado na semana anterior à coleta de dados, em quatro momentos diferentes, visando facilitar a participação de todos os envolvidos na pesquisa. Neste encontro foram distribuídos os instrumentos de coleta de dados, o material de identificação da UFSC (crachá), o manual de preenchimento do questionário (APÊNDICE B) e a ajuda de custo. O treinamento consistiu no detalhamento das questões do instrumento de coleta, com esclarecimento de eventuais dúvidas e orientações específicas quanto ao comportamento e postura durante a coleta dos dados, exigência da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE C) e distribuição do manual de instrução para a coleta dos dados.

### **3.6 Critérios éticos da pesquisa**

Trata-se de um estudo populacional, que não envolve riscos de natureza física, psíquica, moral, social e cultural para a população investigada. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, (APÊNDICE D) seguindo os requisitos da “Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil” (MS, 2003b).

Todas as pessoas envolvidas na pesquisa como fornecedoras de informação (as mães das crianças menores de dois anos de idade) foram informadas do conteúdo da pesquisa, bem como dos objetivos e finalidades da mesma, sendo apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), e que somente após a assinatura do mesmo em duas vias, uma para a pesquisadora e outra para o entrevistado, foi realizada a entrevista, com a garantia de sigilo das informações.

Também foi obtida a liberação para a realização da coleta de dados nas Unidades Locais de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde, através dos responsáveis pelo Departamento de Saúde e Vigilância em Saúde.

### **3.7 Coleta de dados**

A coleta de dados aconteceu nas 20 Unidades Locais de Saúde previamente sorteadas no Dia Nacional de Vacinação (21 de agosto de 2004), das 08:00horas às 17:00horas, horário oficial da realização das vacinas. Para a seleção das crianças, alguns critérios de inclusão

foram obedecidos: somente participariam da pesquisa as crianças: residentes na cidade de Florianópolis/SC; as crianças nascidas da data da coleta até 20 de agosto de 2002; e as crianças acompanhadas da mãe no local de vacinação.

Foram excluídas as crianças que não correspondiam aos critérios acima descritos. Estes critérios foram estabelecidos para evitar vieses na coleta de dados da pesquisa, com a obtenção de informações sobre a alimentação de crianças não residentes na cidade e/ou que apresentavam idade superior a dois anos.

Outra questão importante é o fato de restringir a coleta de dados às mães, pois se sabe que as mães são as pessoas que habitualmente são as responsáveis pela alimentação infantil, principalmente de lactentes. Além disto, certas informações referentes a características socioeconômicas e demográficas maternas poderiam não ser de conhecimento de outro cuidador da criança.

Durante a realização da coleta de dados, nenhum entrevistador relatou intercorrências com a equipe de saúde da Unidade, sendo os mesmos auxiliados na seleção das crianças nas Unidades Locais de Saúde pelos funcionários.

As mães foram abordadas após a realização da vacinação das crianças, e somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as mesmas foram entrevistadas.

### **3.8 Variáveis do estudo**

No quadro 1 estão apresentadas as variáveis independentes sobre a caracterização da família e da criança e suas respectivas categorizações e nível de exposição.

**Quadro 1 - Variáveis de caracterização da família e da criança. Florianópolis, 2005.**

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Nível de exposição</b>
Idade materna	< 19 anos ≥ 19 anos	Exposto Basal
Escolaridade materna	< 8 anos ≥ 8 anos	Exposto Basal
Número de residentes em casa	> 4 pessoas ≤ 4 pessoas	Exposto Basal
Estado civil	Sozinha (solteira / viúva) Acompanhada (casada / “amigada”)	Exposto Basal
Renda per capita	< 1 salário mínimo ≥ 1 salário mínimo	Exposto Basal
Peso ao nascer	< 2500g ≥ 2500g	Exposto Basal
Atividade fora do lar	Sim Não	Exposto Basal

Os alimentos que compuseram os grupos que originaram a variável dependente idade de introdução dos alimentos oferecidos às crianças, são os seguintes:

- Leite integral (caixinha/ pó/ saquinho)
- Leite semi-desnatado / desnatado (caixinha/pó/saquinho)
- Leite modificado (NAN®, Bebelac®, Nestogeno®...)
- Cereais refinados ( Maisena®, Mucilon®, Cremogema®, farinha láctea, Arrozina®...)
- Cereais integrais (aveia, Neston®, farinha integral, granola)
- Açúcar (branco ou mascavo)
- Fruta cítrica (laranja, tangerina, limão)
- Frutas outras (banana, mamão, maçã, manga)
- Suco de fruta natural
- Suco industrializado (pó, garrafinha)
- Arroz
- Macarrão / massinha

- Tubérculos (batata / aipim / batata-doce)
- Carne vermelha
- Frango
- Peixe
- Carne suína
- Ovo (gema)
- Ovo (clara)
- Legumes/verduras
- Leguminosas (feijão, lentilha, ervilha)
- Sal
- Temperos (pimenta, orégano, gengibre)
- Óleo / margarina / manteiga / requeijão / maionese
- Farinha de mandioca
- Pão
- Bolo
- Bolacha simples (doce/salgada)
- Bolacha recheada / wafer
- Café preto
- Achocolatado
- Queijo
- Iogurte / Danoninho®
- Pudim / gelatina / flan
- Doces (bala / chocolate / pirulito / mel)
- Refrigerante
- Papa industrializada

A partir da listagem de alimentos acima, construiu-se os grupos de alimentos abaixo. Cada grupo de alimentos foi considerado uma variável dependente, que foram chamadas: 1- introdução de alimentos complementares; 2- introdução de alimentos do grupo lácteo; 3- introdução de alimentos do grupo amido; 4 - introdução de alimentos do grupo vegetais; 5- introdução de alimentos do grupo panificação; 6- introdução de alimentos do grupo carne; 7- introdução de alimentos do grupo doces; 8- introdução de alimentos do grupo leguminosas e 9- introdução de alimentos do grupo gordura.

#### **Variáveis dependentes:**

Variável dependente 1 – **Alimentos complementares** (todos os alimentos)

Variável dependente 2 - **Grupo lácteo**: leite integral, leite desnatado, leite modificado, iogurte e queijo.

Variável dependente 3 -**Grupo amido**: cereal refinado, cereal integral, arroz, massa, tubérculos, farinha de mandioca.

Variável dependente 4 -**Grupo vegetais**: frutas cítricas, frutas outras, suco natural, legumes/verduras.

Variável dependente 5 - **Grupo panificação**: pão, bolo, bolacha simples.

Variável dependente 6 - **Grupo carne**: carne vermelha, frango, peixe, carne suína, ovo gema, ovo clara.

Variável dependente 7 - **Grupo doces**: açúcar, suco industrializados, achocolatado, pudim/gelatina/flan, doce, refrigerante, bolacha recheada/wafer.

Variável dependente 8 - **Grupo leguminosas** (não foram incluídos outros alimentos, devido às características particulares deste grupo).

Variável dependente 9 - **Grupo gorduras** (não foram incluídos outros alimentos, devido às características particulares deste grupo).

Os demais alimentos, como sal, papa industrializada e temperos foram analisados separadamente.

A classificação do aleitamento materno exclusivo em adequado ou inadequado foi de acordo com os seguintes critérios: consideradas em aleitamento materno exclusivo todas as crianças com mais de seis meses de idade que receberam leite materno exclusivamente até os seis meses de idade, e as crianças com menos de seis meses de idade que ainda estavam recebendo exclusivamente leite materno até o momento da pesquisa.

### **3.9 Processamento e análise dos dados**

Inicialmente os dados de todos os questionários respondidos foram analisados (535), excluindo aqueles que eventualmente apresentaram inconsistência nas respostas, totalizando 516 questionários. Após este procedimento, foi criado um banco de dados no Software *EpiInfo 6.04*, posteriormente exportado para o programa *Stata 8.0* para as análises.

Em um primeiro momento foi realizada análise estatística descritiva, através das medidas de tendência central (média, mediana) e medida de dispersão (Desvio-padrão). Posteriormente foram realizados teste de associação através do teste de qui-quadrado ( $\lambda^2$ ) entre as variáveis dependentes e independentes. Todas as variáveis que apresentaram um valor de  $p < 0,20$  no teste do qui-quadrado ( $\lambda^2$ ) foram selecionadas para a análise de regressão multivariada não condicional. Foram estimadas as razões de chances (RC) com respectivos intervalos de confiança de 95%, brutos e ajustados (HOSMER e LEMESHOW, 1989).

## 4 RESULTADOS

Do total de 564 crianças inicialmente previstas para a realização deste estudo, foram coletadas informações de 535 crianças menores de dois anos de idade. Após a verificação da consistência das respostas do material coletado, apenas 516 questionários foram utilizados para análise, obtendo-se uma perda de 8,51% na amostra.

### 4.1 Descrição

#### 4.1.1 Caracterização da população

Na tabela 3 estão apresentadas as crianças distribuídas por sexo, onde se pode observar uma prevalência de 2,8% mais elevada de crianças do sexo masculino (51,4%) em relação ao sexo feminino (48,6%).

**Tabela 3 – Distribuição de crianças menores de dois anos de idade, de acordo com o sexo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Sexo</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
Masculino	265	51,4
Feminino	251	48,6
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 4 está apresentado o número de mães segundo a presença de companheiro coabitando com a mesma, onde se pode observar que a maioria das mães das crianças pesquisadas (87,2%) declararam a presença de companheiro coabitando com as mesmas, tanto na relação formal (casada) como na informal (“amigada”).

**Tabela 4 – Distribuição das mães de acordo com a presença de companheiro coabitando com as mesmas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Presença de companheiro</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
Sim	450	87,2
Não	65	12,6
Não informado	1	0,2
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 5 está apresentada a distribuição da idade das mães, onde se pode observar que a maioria das mães apresentavam dezenove anos ou mais de idade no momento do nascimento da criança.

**Tabela 5 – Distribuição das mães de acordo com a idade na época do nascimento da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Idade materna (anos)</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
13 - 18	65	12,6
≥ 19	448	86,8
Não informado	3	0,6
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 6 está apresentada a distribuição da escolaridade das mães, onde se pode observar que das 516 mães entrevistadas, a maioria apresentava mais de 8 anos completos de estudo (65,31%), correspondendo a um grau de instrução superior ao atual ensino médio.

**Tabela 6 – Distribuição das mães segundo a escolaridade das mesmas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
≤ 8 anos	178	34,5
> 8 anos	337	65,3
Não informado	1	0,2
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 7 está apresentada a distribuição da situação de afastamento da mãe do lar para trabalho ou estudo, onde se pode observar que a maioria das mães entrevistadas não declararam desenvolver atividade rotineira fora do lar, como trabalho ou estudo.

**Tabela 7 – Distribuição das mães de acordo com a situação de afastamento das mesmas do lar (trabalho ou estudo). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Afastamento materno</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
Sim	219	42,4
Não	296	57,4
Não informado	1	0,2
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 8 está apresentada a distribuição da renda *per capita* em salários mínimos, onde se pode observar que 49,03% das crianças faziam parte de famílias onde a renda *per capita* era inferior a 1 salário mínimo, ultrapassando o número de crianças que pertenciam à famílias com renda *per capita* equivalente ou superior à 1 salário mínimo que foi de 42,05%.

**Tabela 8 – Distribuição das mães de acordo com a renda *per capita* em salários mínimos.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Renda per capita (salários mínimos)</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
< 1 Salário mínimo	253	49
≥ 1 Salário mínimo	217	42,1
Não informado	46	8,9
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 9 está apresentada a distribuição do número de pessoas residentes no domicílio, onde se pode observar que a maioria das crianças do estudo pertencia a famílias com até 4 pessoas residentes no domicílio (68,2%).

**Tabela 9 – Distribuição das mães de acordo com o número de pessoas residentes no domicílio. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Residentes no domicílio</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
≤ 4 pessoas	352	68,2
> 4 pessoas	164	31,8
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 10 está apresentada a distribuição das crianças de acordo com o peso ao nascer, onde se pode observar que a maioria das crianças apresentou peso equivalente ou superior à 2500g (90,50%), caracterizando uma população com peso adequado ao nascer.

**Tabela 10 – Distribuição das crianças menores de dois anos de idade de acordo com o peso ao nascer. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Peso ao nascer (em gramas)</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
< 2500g	42	8,1
≥ 2500g	467	90,5
Não informado	7	1,4
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 11 esta apresentada a distribuição das crianças de acordo com a idade em meses, onde se pode observar que a maioria apresentava 6 meses ou mais de idade no dia em que as entrevistas foram realizadas.

**Tabela 11- Distribuição das crianças menores de dois anos de idade de acordo com a idade em meses no momento da coleta dos dados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

<b>Idade em meses</b>	<b>n °</b>	<b>%</b>
< 6 meses	123	23,8
≥ 6 meses	393	76,2
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100,0</b>

#### **4.1.2 Aleitamento Materno**

Na tabela 12 está apresentada a distribuição das crianças de acordo com o recebimento do aleitamento materno exclusivo, onde se pode observar que a maioria das crianças receberam aleitamento materno exclusivo inadequado.

**Tabela 12 – Distribuição das crianças menores de dois anos de idade de acordo com o recebimento do aleitamento materno exclusivo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Idade em meses	Aleitamento materno exclusivo				Total
	Adequado		Inadequado		
	n	%	n	%	
< 6 meses de idade	61	49,59	62	50,41	123
≥ 6 meses de idade	113	28,75	280	71,25	393
Total	174	100	342	100	516
	%	33,7	%	66,3	

#### **4.1.3 Consumo de alimentos complementares**

##### **4.1.3.1 Grupo lácteo**

Na tabela 13 observa-se que das crianças que já receberam leite integral (320), a idade média de introdução foi de 6,24 meses, com desvio padrão de 3,56. Entre as 17 crianças que já haviam recebido leite desnatado, a média de introdução foi aos 7,17 meses, com desvio padrão de 5,47. O leite modificado foi oferecido à 190 crianças, aos 3,22 meses em média, com desvio padrão de 0,19. O iogurte foi oferecido a 347 crianças, com idade média de introdução de 7,56 meses, com desvio padrão de 0,17. Apenas 165 crianças consumiram queijo, tendo como idade média de introdução 11,03 meses, com desvio padrão de 3,46.

**Tabela 13 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo lácteo, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Leite integral</b>	<b>Leite desnatado</b>	<b>Leite modificado</b>	<b>Iogurte</b>	<b>Queijo</b>
Total de crianças que consumiram	320	17	190	347	165
Idade média de introdução (em meses)	6,24	7,17	3,22	7,56	11,03
Desvio padrão	3,56	5,47	0,19	0,17	3,46
Ranking de introdução no grupo	2 °	3 °	1 °	4 °	5 °
Ranking de introdução geral	5 °	12 °	1 °	18 °	31 °

#### **4.1.3.2 Grupo amido**

Na tabela 14 observa-se que das crianças que já receberam cereais refinados (325), a idade média de introdução foi de 6,63 meses, com desvio padrão de 3,27. Entre as 233 crianças que já haviam recebido cereal integral, a média de introdução foi aos 7,59 meses, com desvio padrão de 3,46. O arroz foi oferecido a 380 crianças, aos 6,84 meses em média, com desvio padrão de 2,50. As massas foram oferecidas a 387 crianças, com idade média de introdução de 6,8 meses, com desvio padrão de 2,49. Os tubérculos foram introduzidos na alimentação de 401 crianças, tendo como idade média de introdução 6,32 meses, e desvio padrão de 2,37. Apenas 199 crianças consumiram farinha de mandioca, tendo como idade média de introdução 9,04 meses, com desvio padrão de 3,64.

**Tabela 14 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo amido, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Cereal refinado</b>	<b>Cereal integral</b>	<b>Arroz</b>	<b>Massa</b>	<b>Tubérculo</b>	<b>Farinha mandioca</b>
Total de crianças que consumiram	325	233	380	387	401	199
Idade média de introdução (em meses)	6,63	7,59	6,84	6,8	6,32	9,04
Desvio padrão	3,27	3,46	2,50	2,49	2,37	3,64
Ranking de introdução no grupo	2 °	5 °	4 °	3 °	1 °	6 °
Ranking de introdução geral	8 °	19 °	11 °	10 °	6 °	26 °

#### **4.1.3.3 Grupo vegetais**

Na tabela 15 observa-se que das crianças que já receberam frutas cítricas (349), a idade média de introdução foi de 6,32 meses, com desvio padrão de 2,81. Entre as 413 crianças que já haviam recebido outros tipos de fruta, a média de introdução foi aos 5,78 meses, com desvio padrão de 2,28. O suco natural foi oferecido a 400 crianças, aos 5,52 meses em média, com desvio padrão de 2,32. Os legumes e verduras foram oferecidos a 397 crianças, com idade média de introdução de 6,19 meses, com desvio padrão de 2,08.

**Tabela 15 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo vegetais, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Fruta cítrica</b>	<b>Fruta outra</b>	<b>Suco natural</b>	<b>Legume / verdura</b>
Total de crianças que consumiram	349	413	400	397
Idade média de introdução (em meses)	6,32	5,78	5,52	6,19
Desvio padrão	2,81	2,28	2,32	2,08
Ranking de introdução no grupo	4 °	2 °	1°	3°
Ranking de introdução geral	7 °	3 °	2 °	4 °

#### **4.1.3.4 Grupo panificação**

Na tabela 16 observa-se que das 354 crianças que já receberam pão , a idade média de introdução foi de 8,16 meses, com desvio padrão de 2,85. Entre as 301 crianças que já haviam recebido bolo, a média de introdução foi aos 8,75 meses, com desvio padrão de 3,33. A bolacha simples foi oferecida a 369 crianças, aos 7,34 meses em média, com desvio padrão de 2,70.

**Tabela 16 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo panificação, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Pão</b>	<b>Bolo</b>	<b>Bolacha simples</b>
Total de crianças que consumiram	354	302	369
Idade média de introdução (em meses)	8,16	8,75	7,34
Desvio padrão	2,85	3,33	2,70
Ranking de introdução no grupo	2°	3°	1°
Ranking de introdução geral	22 °	24 °	15 °

#### 4.1.3.5 Grupos carne

Na tabela 17 observa-se que das crianças 357 que já receberam carne vermelha a idade média de introdução foi de 7,4 meses, com desvio padrão de 3,0. Entre as 381 crianças que já haviam recebido carne de frango, a média de introdução foi aos 7,23 meses, com desvio padrão de 2,84. O peixe foi oferecido à 276 crianças, aos 8,60 meses em média, com desvio padrão de 3,0. A gema de ovo foi consumida por 296 crianças, tendo como idade média de introdução 7,76 meses, com desvio padrão de 2,96. A clara de ovo foi oferecida à 233 crianças, aos 8,75 meses em média, com desvio padrão 3,37. A carne suína foi oferecida apenas 64 crianças, sendo a idade média de introdução 9,84 meses, com desvio padrão de 3,6.

**Tabela 17 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo carne, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Carne vermelha</b>	<b>Frango</b>	<b>Peixe</b>	<b>Suíno</b>	<b>Ovo gema</b>	<b>Ovo clara</b>
Total de crianças que consumiram	357	381	276	64	296	233
Idade média de introdução (em meses)	7,4	7,23	8,60	7,76	8,75	9,84
Desvio padrão	3,0	2,84	3,0	2,96	3,37	3,6
Ranking de introdução no grupo	2°	1°	4°	3°	5°	6°
Ranking de introdução geral	16 °	13 °	23 °	21 °	25 °	27 °

#### 4.1.3.6 Grupo leguminosas

Na tabela 18 observa-se que a idade média de introdução das leguminosas foi de 7,27 meses, com desvio padrão de 2,59.

**Tabela 18 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo leguminosas, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Leguminosas</b>
Total de crianças que consumiram	368
Idade média de introdução (em meses)	7,27
Desvio padrão	2,59
Ranking de introdução geral	14 °

#### 4.1.3.7 Grupo gorduras

Na tabela 19 observa-se que das 289 crianças que já haviam recebido alimentos do grupo gordura, a idade média de introdução foi de 7,74 meses, com desvio padrão de 3,39.

**Tabela 19 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo gorduras, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Gorduras</b>
Total de crianças que consumiram	289
Idade média de introdução (em meses)	7,74
Desvio padrão	3,39
Ranking de introdução geral	20 °

#### **4.1.3.8 Grupo doces**

Na tabela 20 observa-se que das 285 crianças que já receberam açúcar, a idade média de introdução foi de 6,62 meses, com desvio padrão de 3,65. Entre as 156 crianças que já haviam recebido suco industrializado, a média de introdução foi aos 10,33 meses, com desvio padrão de 4,24. O achocolatado foi oferecido a 142 crianças, aos 11,27 meses em média, com desvio padrão de 4,08. O pudim e/ou gelatina foi consumida por 313 crianças, tendo como idade média de introdução 7,42 meses, com desvio padrão de 2,86. Os doces foram oferecidos a 260 crianças, aos 10,01 meses em média, com desvio padrão 54,40. O refrigerante foi oferecido a 155 crianças, sendo a idade média de introdução 11,46 meses, com desvio padrão de 53,71. As bolachas recheadas foram oferecidas a 217 crianças, numa idade média de introdução de 9,93 meses, com desvio padrão de 4,04.

**Tabela 20 – Descrição do consumo dos alimentos pertencentes ao grupo doces, pelas crianças menores de dois anos de idade que já consumiram estes alimentos.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>Açúcar</b>	<b>Suco Ind.</b>	<b>Achoco.</b>	<b>Pudim/ Gelatina</b>	<b>Doce</b>	<b>Refri.</b>	<b>Bolacha recheada</b>
Total de crianças que consumiram	285	156	142	313	260	155	217
Idade média de introdução (em meses)	6,62	10,33	11,27	7,42	10,01	11,46	9,93
Desvio padrão	3,65	4,24	4,08	2,86	4,40	3,71	4,04
Ranking de introdução no grupo	1°	5°	6°	2°	4°	7°	3°
Ranking de introdução geral	9 °	30 °	32 °	17 °	29 °	33 °	28 °

## **4.2 Análise**

### **4.2.1 Alimentação complementar**

Na tabela 21 estão apresentadas as relações entre a introdução de alimentação complementar e as variáveis socioeconômicas e biológicas. Nesta tabela observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos complementares, a idade da mãe, a renda per capita, o número de residentes no domicílio, a escolaridade materna, o peso ao nascer da criança e o estado civil da mãe. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar possuem risco mais elevado (OR= 2,71, IC95% 1,82-4,03) de receberem introdução inadequada de alimentos complementares, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar.

Não foram analisadas as relações entre a amamentação adequada e a introdução de alimentos complementares, pois sempre que a amamentação exclusiva se mostrou inadequada, conseqüentemente aconteceu a introdução precoce de alimentos complementares.

**Tabela 21 - Associação entre a introdução de alimentação complementar e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categorias)	Introdução de alimentos complementares				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	P
	Adequada n	%	Inadequada n	%			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	287	67,21	140	32,79	427 (100%)	1,0	
≤ 19 anos	54	62,79	32	37,21	86 (100%)	0,82 (0,51-1,37)	0,428
<b>Renda per capita</b>							
≥1 salário mínimo	153	70,51	64	29,49	217 (100%)	1,0	
< 1 salário mínimo	161	63,64	92	36,36	253 (100%)	0,73 (0,49-1,10)	0,115
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	238	67,61	114	32,39	352 (100%)	1,0	
> 4 pessoas	104	63,41	60	36,59	164 (100%)	0,83 (0,55-1,25)	0,348
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	218	64,69	119	35,31	337 (100%)	1,0	
≤ 8 anos	123	69,1	55	30,9	178 (100%)	0,82 (0,54-1,23)	0,314
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	310	66,32	157	33,62	467 (100%)	1,0	
< 2500g	26	61,9	16	38,1	42 (100%)	0,82 (0,41-1,66)	0,557
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	301	66,89	149	33,11	450 (100%)	1,0	
Sem companheiro	41	63,08	24	36,92	65 (100%)	1,18 (0,66-2,10)	0,543
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	170	57,43	126	42,57	296 (100%)	1,0	
Sim	172	78,54	47	21,46	219 (100%)	2,71 (1,82-4,03)	<0,001

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 22), a única variável que manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos complementares foi a variável atividade fora do lar. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar continuaram apresentando risco mais elevado (OR= 2,56, IC95% 1,68-3,90) de receberem introdução inadequada de alimentos complementares, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar.

**Tabela 22 – Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentação complementar e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	N	OR bruto (IC 95%)	p	OR ajustado (IC 95%)	p
<b>Renda per capita</b>	470				
≥ 1salário mínimo		1		1	
<1salário mínimo		0,73 (0,49-1,10)	0,115	0,83 (0,56-1,24)	0,365
<b>Atividade fora do lar</b>	515				
Não		1		1	
Sim		2,71 (1,82-4,03)	< 0,001	2,56 (1,68-3,90)	< 0,001

#### 4.2.2 Grupo lácteo

Na tabela 23 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo lácteo e as variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança, onde se pode observar que não existiu diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos do grupo lácteo e a variável idade da mãe, renda per capita, número de residentes no domicílio, escolaridade materna, peso ao nascer da criança e o estado civil da mãe. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar possuem risco mais elevado (OR= 2,24, IC95% 1,54-3,20) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo lácteo do que as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar.

**Tabela 23 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo lácteo e as variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categorias)	Introdução de alimentos do grupo lácteo				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	p
	Adequada n	Adequada %	Inadequada n	Inadequada %			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	194	45,4	233	54,6	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	41	47,7	45	52,3	86 (100%)	0,91 (0,56-1,45)	0,704
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	96	44,2	121	55,8	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	120	47,4	133	52,6	253 (100%)	0,88 (0,61-1,27)	0,489
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	159	45,2	193	54,8	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	79	48,2	85	51,8	164 (100%)	0,89 (0,61-1,29)	0,524
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	164	48,7	173	51,3	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	73	41	105	59	178 (100%)	1,36 (0,93-2,00)	0,097
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	217	46,5	250	53,5	467 (100%)	1	
< 2500g	20	47,6	22	52,4	42 (100%)	0,95 (0,49-1,88)	0,886
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	205	45,6	245	54,4	450 (100%)	1	
Sem companheiro	32	49,2	33	50,8	65 (100%)	0,86 (0,50-1,50)	0,578
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	161	54,4	135	45,6	296 (100%)	1	
Sim	76	34,7	143	65,3	219 (100%)	2,24 (1,54-3,20)	< 0,001

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 24), a variável atividade fora do lar manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo lácteo. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar continuaram apresentando risco mais elevado (OR= 2,39, IC95% 1,66-3,54) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo lácteo, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar.

Na análise multivariada não condicional, as crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade apresentaram risco mais elevado (OR=1,53, IC95%1,04-2,23) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo lácteo, quando comparadas com crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade;

As demais variáveis não apresentaram associação com a introdução de alimentos do grupo lácteo.

**Tabela 24 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo lácteo e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	N	OR bruto (IC 95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Escolaridade materna</b>	515				
> 8 anos		1		1	
≤ 8 anos		1,36 (0,93-2,00)	0,097	1,53 (1,04-2,23)	0,029
<b>Atividade fora do lar</b>	515				
Não		1		1	
Sim		2,24 (1,54-3,20)	<0,001	2,39 (1,66-3,54)	< 0,001

### 4.2.3 Grupo amido

Na tabela 25 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo amido e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança onde se pode observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos do grupo amido, e as variáveis idade da mãe, renda per capita, número de residentes no domicílio, escolaridade materna, peso ao nascer da criança e o estado civil da mãe. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar possuem risco mais elevado (OR= 1,76, IC95% 1,21-2,56) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo amido, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar. As crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade apresentaram risco mais elevado (OR=1,50, IC95% 1,02-2,20) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo amido, quando comparadas com crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade;

**Tabela 25 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo amido e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categorias)	Introdução de alimentos do grupo amido				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	p
	Adequada n	Adequada %	Inadequada n	Inadequada %			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	259	60,7	168	39,3	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	55	64	31	36	86 (100%)	0,87 (0,54-1,40)	0,567
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	137	63,1	80	36,9	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	151	59,7	102	40,3	253 (100%)	1,16 (0,78-1,71)	0,444
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	222	63,1	130	36,9	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	95	57,9	69	42,1	164 (100%)	1,23 (0,82-1,82)	0,292
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	219	65	118	35	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	98	55,1	80	44,9	178 (100%)	1,50 (1,02-2,20)	0,033
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	285	61	182	39	467 (100%)	1	
< 2500g	27	64,3	15	35,7	42 (100%)	0,86 (0,42-1,74)	0,658
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	277	61,6	173	38,4	450 (100%)	1	
Sem companheiro	39	60	26	40	65 (100%)	1,06 (0,60-1,86)	0,836
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	199	67,2	97	32,8	296 (100%)	1	
Sim	117	53,4	102	46,6	219 (100%)	1,76 (1,21-2,56)	<0,001

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 26), a variável atividade fora do lar manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo amido. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar continuaram apresentando risco mais elevado (OR= 1,88, IC95% 1,31-2,72) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo amido, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar. As crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade continuaram apresentando risco mais elevado (OR=1,64, IC95%1,13-2,41) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo amido, quando comparadas com crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade.

As demais variáveis não apresentaram associação com a introdução de alimentos do grupo amido.

**Tabela 26 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo do amido e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	N	OR bruto (IC 95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Escolaridade materna</b>	515				
> 8 anos		1			
≤ 8 anos		1,50 (1,02-2,20)	0,033	1,64 (1,13-2,41)	0,010
<b>Atividade fora do lar</b>	515				
Não		1			
Sim		1,76 (1,21-2,56)	0,002	1,88 (1,31-2,72)	0,001

#### **4.2.4 Grupo vegetais**

Na tabela 27 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo vegetais e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança, onde se pode observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos do grupo vegetais, e as variáveis idade da mãe, renda per capita, número de residentes no domicílio, escolaridade materna, peso ao nascer da criança e o estado civil da mãe. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar possuem risco mais elevado (OR= 2,01, IC95% 1,39-2,91) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo vegetais, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar.

**Tabela 27 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo vegetais e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categoria)	Introdução de alimentos do grupo vegetais				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	P
	Adequada n	Adequada %	Inadequada n	Inadequada %			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	223	52,2	204	47,8	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	47	54,7	39	45,3	86 (100%)	1,10 (0,69-1,76)	0,681
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	108	49,8	109	50,2	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	142	56,1	111	43,9	253 (100%)	0,77 (0,53-1,14)	0,169
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	178	50,6	174	49,4	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	95	57,9	69	42,1	164 (100%)	0,74 (0,50-1,10)	0,119
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	179	53,1	158	46,9	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	94	52,8	84	47,2	178 (100%)	1,01 (0,69-1,48)	0,947
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	239	51,2	228	48,8	467 (100%)	1	
< 2500g	28	66,7	14	33,3	42 (100%)	0,52 (0,26-1,07)	0,054
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	238	52,9	212	47,1	450 (100%)	1	
Sem companheiro	34	52,3	31	47,7	65 (100%)	1,02 (0,59-1,78)	0,93
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	178	60,1	118	39,9	296 (100%)	1	
Sim	94	42,9	125	57,1	219 (100%)	2,01 (1,39-2,91)	< 0,001

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 28), a variável atividade fora do lar manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo vegetais. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar continuaram apresentando risco mais elevado (OR= 1,96, IC95% 1,33-2,87) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo vegetais, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar.

As demais variáveis não apresentaram associação com a introdução de alimentos do grupo vegetais.

**Tabela 28 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo dos vegetais, e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	N	OR bruto (IC 95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Renda per capita</b>	470				
≥ 1 salário mínimo		1		1	
< 1 salário mínimo		0,77 (0,53-1,14)	0,168	0,89 (0,60-1,32)	0,564
<b>Residentes no domicílio</b>	516				
≤ 4 pessoas		1		1	
> 4 pessoas		0,74 (0,50-1,10)	0,1192	0,88 (0,58-1,35)	0,566
<b>Peso ao nascer</b>	509				
≥ 2500g		1		1	
< 2500g		0,52 (0,26-1,07)	0,0544	0,45 (0,22-0,92)	0,028
<b>Atividade fora do lar</b>	515				
Não		1		1	
Sim		2,01 (1,39-2,91)	0,00011	1,96 (1,33-2,87)	0,001

#### 4.2.5 Grupo panificação

Na tabela 29 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo panificação e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança onde se pode observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos do grupo panificação e as variáveis idade da mãe, número de residentes no domicílio, peso ao nascer da criança, estado civil da mãe e a realização de atividade fora do lar pela mãe. As crianças filhas de famílias que recebem menos que um salário mínimo per capita mensal possuem risco mais elevado (OR= 2,57, IC95% 1,52-4,30) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo panificação, quando comparadas com as crianças filhas de famílias que recebem mais do que um salário mínimo per capita mensal . As crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade possuem risco mais elevado (OR = 3,16, IC95% 1,93-5,19) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo panificação, quando comparadas com as crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade.

**Tabela 29 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo panificação e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categorias)	Introdução de alimentos do grupo panificação				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	p
	Adequada n	%	Inadequada n	%			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	359	84,1	68	15,9	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	65	75,6	21	24,4	86 (100%)	1,69 (0,92-3,07)	0,068
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	194	89,4	23	10,6	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	194	76,7	59	23,3	253 (100%)	2,57 (1,52-4,30)	<0,001
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	298	84,7	54	15,3	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	129	78,7	35	21,3	164 (100%)	1,50 (0,91-2,47)	0,093
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	299	88,7	38	11,3	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	127	71,3	51	28,7	178 (100%)	3,16 (1,93-5,19)	<0,001
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	385	82,4	82	17,6	467 (100%)	1	
< 2500g	36	85,7	6	14,3	42 (100%)	0,78 (0,32-1,91)	0,591
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	375	83,3	75	16,7	450 (100%)	1	
Sem companheiro	51	78,5	14	21,5	65 (100%)	1,37 (0,69-2,71)	0,331
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	242	83,1	50	16,9	296 (100%)	1	
Sim	180	82,2	39	17,8	219 (100%)	1,07 (0,66-1,73)	0,785

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 30), a variável escolaridade materna manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo panificação. As crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade continuaram apresentando risco mais elevado (OR = 2,59, IC95% 1,44-4,66) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo panificação, quando comparadas com as crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade

Neste modelo de análise multivariada, a variável renda per capita deixou de apresentar associação com a introdução de alimentos do grupo panificação.

As demais variáveis não apresentaram associação com a introdução de alimentos do grupo panificação.

**Tabela 30 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo panificação e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	N	OR bruto (IC 95%)	p	OR ajustado (IC 95%)	p
<b>Idade materna</b>	513				
> 19 anos		1		1	
≤ 19 anos		1,69 (0,92-3,07)	0,068	1,36 (0,73-2,52)	0,334
<b>Renda per capita</b>	470				
≥ 1 salário mínimo		1		1	
< 1 salário mínimo		2,57 (1,52-4,30)	<0,001	1,41 (0,75-2,67)	0,289
<b>Residentes no domicílio</b>	516				
≤ 4 pessoas		1		1	
> 4 pessoas		1,50 (0,91-2,47)	0,093	1,13 (0,66-1,94)	0,649
<b>Escolaridade materna</b>	515				
> 8 anos		1		1	
≤ 8 anos		3,16 (1,93-5,19)	<0,001	2,59 (1,44-4,66)	0,002

#### **4.2.6 Grupos carne**

Na tabela 31 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo carne e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança, onde se pode observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos do grupo carne e as variáveis estudadas.

**Tabela 31 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo carne e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categorias)	Introdução de alimentos do grupo carne				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	p
	Adequada n	Adequada %	Inadequada n	Inadequada %			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	331	77,5	96	22,5	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	70	81,4	16	18,6	86 (100%)	0,79 (0,44-1,42)	0,427
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	168	77,4	49	22,6	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	195	77,1	58	22,9	253 (100%)	1,02 (0,65-1,56)	0,951
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	281	79,8	71	20,2	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	123	75	41	25	164 (100%)	1,32 (0,83-2,09)	0,215
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	271	80,4	66	19,6	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	132	74,2	46	25,8	178 (100%)	1,43 (0,91-2,25)	0,102
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	360	77,1	107	22,9	467 (100%)	1	
< 2500g	38	90,5	4	9,5	42 (100%)	0,35 (0,10-1,07)	0,053
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	352	78,2	98	21,8	450 (100%)	1	
Sem companheiro	51	78,5	14	21,5	65 (100%)	0,99 (0,50-1,93)	0,965
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	237	80,1	59	19,9	296 (100%)	1	
Sim	166	75,8	53	24,2	219 (100%)	1,28 (0,82-2,00)	0,246

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 32), nenhuma das variáveis apresentou associação com a introdução de alimentos do grupo carne.

**Tabela 32 - Análise multivariada não condicional com as variáveis, introdução de alimentos do grupo carnes e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	N	OR bruto (IC 95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Escolaridade materna</b>	515				
> 8 anos		1		1	
≤ 8 anos		1,43 (0,91-2,25)	0,101	1,44 (0,93-2,22)	0,102
<b>Peso ao nascer</b>	509				
≥ 2500g		1		1	
< 2500g		0,35 (0,10-1,07)	0,053	0,35 (0,12-1,00)	0,005

#### 4.2.7 Grupo leguminosas

Na tabela 33 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo leguminosas e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança, onde se pode observar que houve diferença estatisticamente significante entre a introdução de alimentos do grupo leguminosas e a variável renda per capita. As crianças filhas de famílias que recebem menos de 1 salário mínimo per capita mensal possuem risco mais elevado (OR=1,81, IC95% 1,00-3,29) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo leguminosas, quando comparadas com as crianças filhas de famílias que recebem mais de 1 salário mínimo per capita mensal.

No modelo de análise multivariada não condicional, a variável renda per capita deixou de apresentar associação com a introdução de alimentos do grupo leguminosas.

**Tabela 33 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo leguminosas e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categoria)	Introdução de alimentos do grupo leguminosas				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	p
	Adequada n	Adequada %	Inadequada n	Inadequada %			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	374	87,6	53	12,4	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	72	83,7	14	16,3	86 (100%)	1,43 (0,72-2,83)	0,332
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	196	90,3	21	9,7	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	212	83,8	41	16,2	253 (100%)	1,81 (1,00-3,29)	0,041
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	311	88,4	41	11,6	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	138	84,1	26	15,9	164 (100%)	1,39 (0,79-2,43)	0,191
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	300	89	37	11	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	148	83,1	30	16,9	178 (100%)	1,64 (0,97-2,76)	0,063
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	404	86,5	63	13,5	467 (100%)	1	
< 2500g	38	90,5	4	9,5	42 (100%)	0,67 (0,23-1,95)	0,466
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	393	87,3	57	12,7	450 (100%)	1	
Sem companheiro	55	84,6	10	15,4	65 (100%)	1,40 (0,65-2,97)	0,542
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	263	88,9	33	11,1	296 (100%)	1	
Sim	185	84,5	34	15,5	219 (100%)	1,42 (0,82-2,43)	0,181

#### 4.2.8 Grupo gorduras

Na tabela 34 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo gorduras e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança, onde se pode observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos do grupo gordura, e as variáveis idade materna, escolaridade materna, peso ao nascer da criança, estado civil da mãe e a realização de atividade fora do lar pela mãe. As crianças filhas de famílias que recebem menos de 1 salário mínimo per capita mensal possuem risco mais elevado (OR=2,21, IC95% 1,19-4,09) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo gorduras, quando comparadas com crianças filhas de famílias que recebem mais de 1 salário mínimo per capita mensal. As crianças pertencentes a famílias onde residem mais de quatro pessoas no domicílio possuem risco mais elevado (OR=1,97, IC95% 1,10-3,53) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo gorduras, quando comparadas com crianças pertencentes a famílias onde residem menos de quatro pessoas no domicílio.

**Tabela 34 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo gorduras e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categoria)	Introdução alimentos do grupo gordura				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	p
	Adequada n	Adequada %	Inadequada n	Inadequada %			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	379	88,8	48	11,2	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	75	87,2	11	12,8	86 (100%)	1,16 (0,58-2,33)	0,681
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	201	92,6	16	7,4	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	215	85	38	15	253 (100%)	2,21 (1,19-4,09)	0,012
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	320	90,9	32	9,1	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	137	83,5	27	16,5	164 (100%)	1,97 (1,10-3,53)	0,014
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	305	90,5	32	9,5	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	151	84,8	27	15,2	178 (100%)	1,70 (0,95-3,05)	0,054
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	412	88,2	55	11,8	467 (100%)	1	
< 2500g	38	90,5	4	9,5	42 (100%)	0,79 (0,23-2,43)	0,663
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	399	88,7	51	11,3	450 (100%)	1	
Sem companheiro	57	87,7	8	12,3	65 (100%)	1,10 (0,46-2,55)	0,817
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	267	90,2	29	9,8	296 (100%)	1	
Sim	189	86,3	30	13,7	219 (100%)	1,46 (0,82-2,60)	0,169

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 35) as crianças pertencentes a famílias onde residem mais de quatro pessoas no domicílio continuaram apresentando risco mais elevado (OR=1,98, IC95% 1,06-3,71) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo gorduras, quando comparadas com crianças pertencentes a famílias onde residem menos de quatro pessoas no domicílio.

**A variável renda per capita, quando introduzida no modelo de análise multivariada não condicional, não apresentou mais associação com a introdução inadequada de alimentos do grupo gordura.**

**Tabela 35 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo gorduras e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	N	OR bruto (IC 95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Renda per capita</b>	470				
≥ 1 salário mínimo		1		1	
< 1 salário mínimo		2,21 (1,19-4,09)	0,012	1,87 (0,91-3,87)	0,091
<b>Residentes no domicílio</b>	516				
≤ 4 pessoas		1		1	
> 4 pessoas		1,97 (1,10-3,53)	0,014	1,98 (1,06-3,71)	0,033
<b>Escolaridade materna</b>	515				
> 8 anos		1		1	
≤ 8 anos		1,70 (0,95-3,05)	0,054	1,09 (0,55-2,17)	0,806
<b>Atividade fora do lar</b>	515				
Não		1		1	
Sim		1,46 (0,82-2,60)	0,169	1,58 (0,88-2,85)	0,129

#### 4.2.9 Grupo doces

Na tabela 36 está apresentada a associação entre a introdução de alimentos do grupo doces e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança, onde se pode observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre a introdução de alimentos do grupo doces e as variáveis idade da mãe, peso ao nascer da criança e estado civil da mãe. As crianças pertencentes a famílias que recebem menos de 1 salário mínimo per capita mensal possuem risco mais elevado (OR= 2,28, IC95% 1,44-3,68) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças pertencentes a famílias que recebem mais de 1 salário mínimo per capita mensal. As crianças pertencentes a famílias onde residem mais de quatro pessoas no domicílio possuem risco mais elevado (OR=1,64, IC95% 1,07-2,51) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças pertencentes a famílias onde residem menos de quatro pessoas no domicílio. As crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade possuem risco mais elevado (OR=2,56, IC95% 1,68-3,91) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar possuem risco mais elevado (OR=1,58, IC95% 1,04-2,38) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividade fora do lar.

**Tabela 36 - Associação entre a introdução de alimentos do grupo doces e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

Variável (categorias)	Introdução de alimentos do grupo doces				Total n / %	OR bruto (IC 95%)	P
	Adequada n	Adequada %	Inadequada n	Inadequada %			
<b>Idade materna</b>							
> 19 anos	317	74,2	110	25,8	427 (100%)	1	
≤ 19 anos	58	67,4	28	32,6	86 (100%)	1,41 (0,82-2,41)	0,183
<b>Renda per capita</b>							
≥ 1 salário mínimo	177	81,6	40	18,4	217 (100%)	1	
< 1 salário mínimo	167	66	86	34	253 (100%)	2,28 (1,44-3,68)	<0,001
<b>Residentes no domicílio</b>							
≤ 4 pessoas	269	76,4	83	23,6	352 (100%)	1	
> 4 pessoas	109	66,5	55	33,5	164 (100%)	1,64 (1,07-2,51)	0,017
<b>Escolaridade materna</b>							
> 8 anos	269	79,8	68	20,2	337 (100%)	1	
≤ 8 anos	108	60,7	70	39,2	178 (100%)	2,56 (1,68-3,91)	< 0,001
<b>Peso ao nascer</b>							
≥ 2500g	342	73,2	125	26,8	467 (100%)	1	
< 2500g	32	76,2	10	23,8	42 (100%)	0,85 (0,38-1,88)	0,678
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	335	74,4	115	25,6	450 (100%)	1	
Sem companheiro	42	64,6	23	35,4	65 (100%)	1,60 (0,89-2,86)	0,094
<b>Atividade fora do lar</b>							
Não	228	77	68	23	296 (100%)	1	
Sim	179	68	70	32	219 (100%)	1,58 (1,04-2,38)	0,022

No modelo de análise multivariada não condicional (tabela 37), a variável escolaridade materna manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo doce. As crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridades continuaram apresentando risco mais elevado (OR=2,22, IC95% 1,33-3,72) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade. A variável atividade fora do lar também continuou apresentando associação com a introdução de alimentos do grupo doces. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar continuaram apresentando risco mais elevado (OR=1,99, IC95% 1,27-3,11) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividade fora do lar. As variáveis renda per capita e número de residentes no domicílio deixaram de apresentar associação com a introdução de alimentos do grupo dos doces neste tipo de análise.

**Tabela 37 - Análise multivariada não condicional com as variáveis introdução de alimentos do grupo doces e variáveis socioeconômicas maternas e biológicas da criança.**

**Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005.**

	<b>N</b>	<b>OR bruto (IC 95%)</b>	<b><i>p</i></b>	<b>OR ajustado (IC 95%)</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Idade materna</b>	513				
> 19 anos		1		1	
≤ 19 anos		1,41 (0,82-2,41)	0,183	1,11 (0,62-1,99)	0,737
<b>Renda per capita</b>	470				
≥ 1 salário mínimo		1		1	
< 1 salário mínimo		2,28 (1,44-3,68)	<0,001	1,52 (0,89-2,60)	0,128
<b>Residentes no domicílio</b>	516				
≤ 4 pessoas		1		1	
> 4 pessoas		1,64 (1,07-2,51)	0,017	1,37 (0,85-2,22)	0,199
<b>Escolaridade materna</b>	515			1	
> 8 anos		1		2,22 (1,33-3,72)	0,002
≤ 8 anos		2,56 (1,68-3,91)	<0,001		
<b>Estado civil</b>	515				
Com companheiro		1		1	
Sem companheiro		1,60 (0,89-2,86)	0,095	1,30 (0,69-2,46)	0,411
<b>Atividade fora do lar</b>	515				
Não		1		1	
Sim		1,58 (1,04-2,38)	0,023	1,99 (1,27-3,11)	0,003

### 4.3 Outros alimentos

Das 516 crianças que fizeram parte deste estudo, apenas 162 já haviam consumido papas industrializadas, sendo a idade média de introdução 6,46 meses, com desvio padrão de 2,48; 399 já haviam recebido sal adicionado á sua alimentação, sendo a idade média de introdução 6,19meses, com desvio padrão de 2,12 e apenas 71 já haviam ingerido temperos

adicionados as suas refeições, sendo a idade média de introdução 9,24 meses, com desvio padrão de 4,18; 127 já haviam recebido café, puro ou com leite, sendo a idade média de introdução 10,97 meses, com desvio padrão de 4,38. No questionário aplicado, solicitou-se que mães relatassem alimentos que não haviam sido incluídos no questionário, sendo que apenas 89 mães responderam, sendo que 33 citaram o chá, correspondendo a 37,1%. Também foram citados a soja e derivados (soja em grão, leite de soja, bebida à base de soja, proteína texturizada de soja); frutos do mar (camarão, marisco, berbigão, siri); industrializados (adoçante, sopa pronta, caldo concentrado, salgadinhos), água de coco e leite de cabra.

## **5. DISCUSSÃO**

A realização da coleta de dados no Dia Nacional de Vacinação apresentou vantagens, quando comparada com outros métodos. Esta metodologia apresenta baixo custo, facilidade para coleta das informações e alto grau de adesão por parte da população, em decorrência da diminuição do tempo gasto para a realização da aplicação do questionário.

No presente estudo, o cálculo da amostra apresentou-se adequado ao objetivo da pesquisa, que era estimar a época de introdução dos alimentos complementares, apresentando um baixo percentual de perda amostral. Destaca-se também neste estudo, a qualidade do instrumento de coleta de dados, que foi elaborado com base em diversos dados referentes à alimentação da população de crianças menores de dois anos de idade, além da qualificação dos responsáveis pela realização da coleta dos dados, que receberam treinamento adequado e do, instrumento auxiliar previamente elaborado (Manual para coleta de dados).

Outro fator importante diz respeito à população, pois fizeram parte deste estudo, crianças menores de dois anos de idade, independentemente da classe social, mesmo a coleta sendo realizada nas Unidades Locais de Saúde, pois trata-se de locais tradicionalmente freqüentados pela população de baixa e média renda. Pela característica deste Dia Nacional de Vacinação, como já descrito anteriormente, não foram utilizados postos volantes de vacinação, localizados em supermercados e *shoppings* que poderiam estar direcionando o tipo de público destes locais, sendo então deslocadas todas as crianças da cidade de Florianópolis, independente de classe social, às Unidades Locais de Saúde. Estes fatores sugerem maior representatividade dos dados obtidos.

Os testes estatísticos utilizados para a análise dos resultados estão adequados ao objetivo do trabalho, que foi verificar a idade de introdução e estabelecer associações com as características maternas e biológicas da criança, como peso ao nascer. Os testes estáticos de regressão logística (análise multivariada) controlaram as possíveis variáveis de confusão (idade, escolaridade materna, renda *per capita*, número de residentes em casa, estado civil, atividade fora do lar).

Com relação à escolaridade materna, os dados observados nesta pesquisa, são semelhantes aos do IBGE. No ano de 1996 as mulheres de Florianópolis com até 8 anos de escolaridade, correspondiam à 37,56% , entre 20 e 34 anos e 42,98%, entre 35 e 49 anos de idade (MS, 2005a). Os resultados deste estudo demonstraram que 34,5% das mulheres estudadas apresentavam até 8 anos de estudo, sendo que a escolaridade média corresponde a 10,4 anos de estudo.

Com relação à renda *per capita*, os resultados deste estudo demonstraram que a renda *per capita* média foi de R\$ 449,00, sendo que 49% das famílias apresentavam renda *per capita* inferior a 1 Salário Mínimo. Os dados existentes colocam que a renda *per capita* da cidade de Florianópolis no ano de 2000 correspondia à R\$ 701,40, sendo que em 1991 este

valor correspondia à R\$ 478,90, demonstrando um crescimento de 46,46% (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2004). Este aumento no valor referente à renda *per capita*, pode ser explicado pela intensa migração populacional de indivíduos de classe social mais elevada nos últimos anos, tendo em vista a crescente divulgação da qualidade de vida deste município, considerada uma das melhores do país. Entretanto este aumento na renda *per capita* pode não estar relacionado com uma melhor distribuição de renda, sendo que é percebida a existência de enorme desigualdade social neste município.

Tendo-se verificado que os dados encontrados neste estudo em relação à escolaridade materna, correspondem ao reconhecido como esperado para a população da cidade de Florianópolis, pode-se então extrapolar as considerações para toda a cidade. Entretanto, com relação à renda *per capita*, observa-se que o valor encontrado neste estudo é muito inferior ao descrito, sendo correspondente à renda *per capita* de 1991, ou seja, uma defasagem de 14 anos, dificultando assim a extrapolação dos dados para todo o município de Florianópolis.

Vale destacar a característica especial deste dia Nacional de Vacinação em Florianópolis. No ano de 2004, foram observados vários casos de rubéola neste município, onde foi implementada a vacinação em massa das crianças menores de um ano de idade para garantir uma maior cobertura vacinal, sendo que ocorreram vacinações nas creches públicas da cidade, na semana que antecedeu o Dia Nacional de Vacinação, obtendo uma cobertura vacinal de 94,9%, (incluindo o dia da campanha e a vacinação na semana anterior) (MS, 2005b).

Uma limitação do presente estudo diz respeito ao tipo de instrumento utilizado para a realização da coleta de dados, tendo em vista o caráter apenas descritivo do tipo de alimentos consumidos pelas crianças, sendo que não foram coletadas informações referentes às quantidades oferecidas, bem como a forma de preparação, pois o objetivo deste estudo não era avaliar tais aspectos. Outro fator importante está relacionado com o relato das informações

pelas mães, tendo em vista que a memória das entrevistadas era fundamental para a descrição correta das idades de introdução; observou-se que as mães de crianças mais novas e mães com até dois filhos pareciam lembrar com mais facilidade do período de introdução dos alimentos, quando comparadas com mães de crianças mais velhas e que possuíam um número maior de filhos.

Analisando as informações relacionadas com o aleitamento materno exclusivo, foi observado que em crianças com menos de seis meses de idade, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 49,59%. Em crianças que já haviam completado seis meses de idade, esta prevalência caiu para 28,75%. Esta diferença entre as prevalências pode ser justificada pela quantidade de crianças encontradas que apresentaram até 4 meses de idade (n=99), fator este que pode estar influenciando na prevalência do aleitamento materno exclusivo, tendo em vista que a partir desta idade ocorre a separação da mãe e da criança, em função do término da licença maternidade, além de existir ainda hoje a informação, vinculada pela família e por alguns profissionais de saúde, de que a partir dos quatro meses de idade pode-se iniciar a introdução de outros alimentos na alimentação infantil.

Outros estudos realizados na cidade de Florianópolis apresentaram resultados conflitantes. Pinheiro et al (2002) em uma Unidade Local de Saúde da grande Florianópolis, com 50 crianças entre 6 e 12 meses de idade, observaram uma prevalência de aleitamento materno exclusivo até seis meses idade de apenas 12%. Outro estudo realizado no ano de 1997 com 990 crianças com idade entre 0 e 11 meses de idade, demonstrou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo até quatro meses de idade em Florianópolis/SC de 46,3% (KITOKO et al, 2000). Entretanto, Corso et al (2000) em estudo realizado com 288 crianças menores de dois anos de idade em 1998, que freqüentaram Unidades Locais de Saúde no Dia Nacional de Vacinação, encontraram uma prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade 52,2%. Em outro estudo também realizado em dia de Campanha

Nacional de Vacinação no município de Campinas/SC no ano de 2001, foi verificada uma taxa de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade de 38,1%, com uma amostra de 1695 crianças menores de dois anos de idade (CAMILO et al, 2004).

Estes dados mostram-se muito inferiores ao preconizado pela OMS, entretanto ainda apresentam vantagens em relação ao estudo de Oliveira et al (2005), que observaram uma prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade de apenas 0,9% em crianças da cidade de Salvador, Estado da Bahia.

Tradicionalmente a cidade de Florianópolis apresenta indicadores de aleitamento materno exclusivo superiores ao encontrado em muitas outras cidades brasileiras (KITOKO et al, 2000; Brasil, 2001), mas mesmo assim continua apresentando taxas de aleitamento materno exclusivo inferiores ao preconizado pela OMS. Uma possível explicação pode ser o acesso facilitado aos alimentos para lactentes, programas de suplementação alimentar que induzem a introdução de outros alimentos, e talvez divulgação insuficiente dos benefícios do aleitamento materno durante as consultas de pré-natal, bem como a interferência de parentes no ato de amamentar (ALMEIDA e NOVAK, 2004). Lima e Osório (2003), em estudo realizado com 4774 mulheres dos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, verificaram que a idade materna apresentou associação estatisticamente significativa com a duração da amamentação, sendo esta maior à medida que aumentava a faixa etária.

Monte e Sá (2004) propõem que a influência de parentes e vizinhos pode facilitar a introdução precoce de alimentos complementares, com a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, através de comparações de peso e aparência entre o bebê alimentado no peito e o bebê alimentado por mamadeira, entre outros fatores. Existe a necessidade de desenvolver intervenções para aumentar a aceitação social quanto ao tempo prolongado de

aleitamento materno (mais de 9 meses), além de apoiar as mães na prática do aleitamento (REMPEL, 2004).

Para a análise da idade mediana de introdução de alimentos complementares, foi observada dificuldade de comparação entre as idades de introdução dos diferentes alimentos, bem como a comparação com outros trabalhos. Infelizmente o período de introdução dos alimentos no presente estudo, foi coletado em meses, o que dificulta a análise mais apurada e conseqüente comparação entre as medianas.

Entretanto, ao analisar-se a idade média de introdução de alimentos na dieta infantil, somente das crianças que realmente já haviam recebido estes alimentos, verificou-se quais foram os alimentos oferecidos em média, antes dos seis meses de idade, e a partir daí, elaborou-se um ranking de introdução dos mesmos por faixa etária.

Neste estudo não se observou introdução de alimentos antes dos três meses de idade na alimentação de lactentes filhos das mães entrevistadas. Vieira et al (2004), observaram em Feira de Santana no Estado da Bahia, que o consumo de alimentos sólidos e semi-sólidos nos primeiros três meses apresentou baixa prevalência, com aumento após o quarto mês. Uma possível justificativa seria que muitas literaturas anteriores ao ano de 2001 colocam que o período de introdução de alimentação complementar deve ser entre 4 e 6 meses de idade, o que justificaria a orientação por parte de alguns profissionais de saúde na introdução precoce de alimentação complementar (antes dos 6 meses de idade).

De acordo com Koletzko (2000) a introdução de alimentos complementares durante os primeiros quatro meses de vida apresenta um risco para o desenvolvimento de dermatite atópica até os 10 anos de idade

Entretanto, Bueno et al (2003) verificaram em estudo realizado com 450 crianças menores de 12 meses nascidas em Hospital Universitário, que no primeiro mês de vida 61,5% destas crianças já haviam recebido outro alimento que não o leite materno (água, chá, fruta,

alimento salgado). Neste estudo não existiu a categoria água e chá entre os tipos de alimentos pesquisados, porém na categoria outros, eles poderiam ter sido citados pela mãe.

Os resultados deste estudo demonstram que os alimentos oferecidos antes dos seis meses de idade foram o leite modificado, o suco natural e a fruta não cítrica.

O leite modificado foi o primeiro alimento a ser introduzido na alimentação de crianças menores de dois anos de idade, em média aos 3,22 meses (0,19 DP). Confirmando este dado, em pesquisa realizada com crianças nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo, Simon (2001) também verificou que o leite formulado foi o primeiro a ser introduzido na alimentação destas crianças. Merece destaque o fato destes leites modificados serem oferecidos à população com menos de seis meses de idade pelo serviço municipal de saúde de Florianópolis, quando há necessidade, ou seja, em casos de mães que estão impossibilitadas de amamentar (HIV +), quando a criança apresenta baixo peso e quando apresentam alergias alimentares específicas. Nos demais casos, a aquisição deste tipo de leite se dará através dos recursos da família, e sabe-se que o custo destes leites modificados pode dificultar o acesso por grande parte da população, justificando o fato de que somente 36,82% das crianças menores de dois anos de idade tenham recebido este tipo de leite no presente estudo.

As frutas tradicionalmente são os alimentos diferentes de leite (materno ou não) inicialmente mais oferecidos às crianças (como suco ou papas). Neste estudo, observou-se que o suco natural e as frutas não cítricas foram introduzidos em média antes dos seis meses de idade, sendo o suco natural aos 5,52 meses (2,32 DP) e as frutas não cítricas aos 5,78 meses (2,28 DP). Marchioni et al (2001) em estudo realizado em São Paulo com crianças com até 12 meses de idade que freqüentaram dois Centros de Saúde entre 1997 e 1998, observaram que os alimentos sólidos oferecidos primeiramente às crianças foram às frutas, seguidos pelos legumes, valores semelhantes aos encontrados neste estudo, uma vez que os

legumes e verduras foram introduzidos em média aos 6,19 meses de idade (2,08 DP). Em pesquisa realizada por Figueiredo et al (2004) na Campanha de Vacinação de 2000, com 719 crianças menores de um ano residentes em São José do Rio Preto/SP, foi observado que a idade mediana de introdução de frutas (sucos ou papas) foi aos 120 dias.

Nicklas e Fisher (2003), colocam, que o consumo de frutas, verduras e legumes pelas crianças, pode ser influenciado pela disponibilidade destes alimentos na dieta usual familiar. Além de selecionar quais frutas e legumes são incluídos na dieta, os pais controlam quando e como estes alimentos são oferecidos às crianças.

A incorporação destes alimentos à dieta ao longo da vida, é reconhecida como benéfica no controle do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, diminuindo o risco para obesidade, diabetes e câncer (NICKLAS e FISHER, 2003; KLEINMAN, 2000; RAMOS e STEIN, 2000).

Silveira e Lamounier (2004) observaram em estudo realizado com crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, que aos 4 meses de idade 55,1% das crianças já haviam recebido suco de fruta, sendo que no presente estudo foi observado que 77,52% das crianças menores de dois anos de idade já haviam recebido este tipo de alimento. Entretanto a comparação entre estes valores fica dificultada pela inexistência da prevalência de consumo deste alimento em diferentes faixas etárias.

Neste estudo foi observado que o leite integral foi oferecido em média aos 6,24 meses de idade. Sigulem e Taddei (2004) enfatizam que o uso do leite de vaca integral no primeiro ano de vida, mesmo que diluído, é um dos mais sérios erros alimentares nesta idade, sendo um dos fatores de risco para anemia ferropriva, além do risco de doenças alérgicas. Este estudo demonstra portanto, a inadequada introdução de leite de vaca na alimentação complementar das crianças menores de dois anos de idade, residentes na cidade de Florianópolis. O leite de vaca continua sendo um dos alimentos mais consumidos pelos lactentes, tendo em vista a

diminuição da oferta de leite materno, pela prática inadequada de aleitamento materno, e pelo custo elevado dos leites modificados, que seriam os mais adequados às crianças, quando da impossibilidade deste leite. O consumo de leite de vaca também foi observado por Estarriol, Díaz e Hernández (2000) em pesquisa realizada com crianças de uma província Espanhola, onde 38% das crianças entre 6 e 12 meses de idade consumiam este alimento, tendo seu consumo aumentado a partir de um ano de idade. O consumo de leite artificial (em pó ou líquido) entre as crianças no Nordeste Brasileiro acontece como substituição ou complementação ao leite materno (MONTE e SÁ, 2004).

Neste estudo, constatou-se que os seguintes alimentos, em ordem crescente, foram oferecidos às crianças, em média, entre seis e nove meses de idade: legumes/verduras aos 6,19 meses (2,08 DP), leite integral aos 6,24 meses (3,56 DP), tubérculos aos 6,32 meses (2,37 DP), fruta cítrica aos 6,32 meses (2,81 DP), cereais refinados aos 6,63 meses (3,27 DP), açúcar aos 6,66 meses (3,56 DP), massas aos 6,8 meses (2,49 DP), arroz aos 6,84 meses (2,5 DP), leite desnatado aos 7,17 meses (5,47 DP), frango aos 7,23 meses (2,84 DP), leguminosas aos 7,27 meses (2,59 DP), bolacha simples aos 7,34 meses (7,34 DP), carne vermelha aos 7,4 meses (3,0 DP), pudim/gelatina aos 7,42 meses (2,86 DP), iogurte aos 7,56 meses (0,17 DP), cereal integral aos 7,59 meses (3,46 DP), gorduras aos 7,74 meses (3,39 DP), carne suína aos 7,76 meses (2,96 DP), pão aos 8,16 meses (2,85 DP), peixe aos 8,60 meses (3,0 DP), bolo aos 8,75 meses (3,33 DP) gema de ovo aos 8,79 meses (3,37 DP).

Em pesquisa realizada com crianças da cidade de São Paulo, Simon (2001), verificou que os tubérculos foram introduzidos antes que o arroz e o macarrão na alimentação de crianças menores de 1 ano de idade.

Neste estudo constatou-se a seguinte ordem de introdução dos alimentos do grupo amido: tubérculo, cereal refinado, massa, arroz, cereal integral e farinha de mandioca. Estes dados são semelhantes aos obtidos por Simon (2001), confirmando que os tubérculos

realmente são oferecidos inicialmente à dieta infantil, provavelmente na forma de batata, alimento tradicionalmente oferecido nas primeiras refeições salgadas de lactentes.

Em pesquisa qualitativa realizada por Bittencourt et al (1999) foram encontrados relatos sobre a introdução de alimentos complementares na dieta de crianças menores de dois anos de idade, residentes em comunidades do interior do município de Florianópolis durante as décadas de quarenta e cinquenta. Os alimentos inicialmente oferecidos às crianças eram banana assada (muitas vezes na primeira semana de vida), mingau de farinha de mandioca, café, feijão e peixe. Estes dados demonstram alterações significativas no padrão de alimentação de lactentes na cidade de Florianópolis, com o retardo na introdução de farinha de mandioca, alimento característico desta região, e de banana, o que vem de encontro ao que está preconizado atualmente pela OMS, que estabelece como período para introdução de alimentos complementares seis meses ou mais de idade.

Apesar disto, o consumo atual de farinha de mandioca na alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade na cidade de Florianópolis, ainda é superior ao encontrado na cidade de Salvador, Estado da Bahia por Oliveira et al (2005), que correspondeu a 5,8%, 11,7% e 11,9% em crianças menores de 6 meses, entre 6 - 12 meses e 12 - 24 meses de idade, respectivamente. Resultado este muito inferior ao obtido no presente estudo, onde a introdução de farinha de mandioca na alimentação já havia acontecido com 38,56% das crianças. A farinha de mandioca apresentou uma diminuição em sua produção na cidade de Florianópolis, pois atualmente existe apenas um engenho de farinha nesta cidade, sendo que em época recente predominava a tradição da produção deste alimento, fator este que poderá estar influenciando no acesso a este tipo de alimento.

Neste estudo constatou-se que o percentual de consumo de iogurte foi superior ao consumo de leites (modificado, integral ou desnatado), assinalando que do total de crianças, 67,25% já haviam consumido este alimento, porém apresentando uma idade mediana de

introdução superior aos alimentos anteriormente citados. O iogurte foi oferecido em média aos 7,56 meses de idade. Isto pode ser explicado, pela grande quantidade de anúncios em meios de comunicação dos iogurtes (incluindo tipo petit-suisse), vinculando informações sobre os benefícios destes produtos no crescimento e desenvolvimento das crianças, sem especificação quanto à idade de introdução dos mesmos na alimentação infantil, bem como os diversos tipos apresentados. Além disso, Aquino e Philippi (2002) propõem que o iogurte tornou-se um “ícone” dos produtos que se tornam mais acessíveis às camadas mais pobres da população nos últimos anos, justificando o grande consumo observado no presente estudo, superior ao consumo do leite integral. Oliveira et al (2005), realizaram estudo com crianças de até 24 meses de idade na cidade de Salvador, Estado da Bahia, utilizando como referência o iogurte consumido nas últimas 24 horas. Em comparação aos resultados deste estudo, foi observado o consumo de iogurte por 21,4% e 17% em crianças entre 6 - 12 meses e 12 - 24 meses de idade, respectivamente. Porém deve-se atentar na diferença entre os métodos utilizados na realização da coleta de dados referentes ao consumo alimentar destas crianças.

Neste estudo os alimentos do grupo panificação foram todos oferecidos em média, entre os seis e nove meses de idade, sendo que a bolacha simples foi oferecida a 71,51% , o pão a 68,60% e o bolo simples a 58,53% das crianças menores de dois anos de idade. Oliveira et al (2004) realizaram estudo com crianças de até 24 meses de idade na cidade de Salvador, Estado da Bahia, utilizando como referência o grupo panificação consumido nas últimas 24 horas. Com relação ao consumo de pães e biscoitos neste estudo, estes foram consumidos por 1,6%, 21,3% e 51,4% em crianças menores de 6 meses, entre 6 - 12 meses e 12 - 24 meses de idade, respectivamente. Observa-se que as crianças menores de dois anos de idade da cidade de Florianópolis apresentam um consumo maior de alimentos do grupo panificação, quando comparadas com as crianças da mesma idade da cidade de Salvador, com as devidas ressalvas quanto ao método de avaliação do consumo alimentar utilizado.

De modo geral os alimentos pertencentes ao grupo panificação são fontes de carboidratos, principalmente complexos, e pobres em micronutrientes, contribuindo com a densidade energética da dieta oferecidas às crianças menores de dois anos de idade. Além disso, estes alimentos apresentam boa aceitação por parte das crianças, bem como facilidade de acesso e isenção da necessidade de pré-preparo.

Neste estudo, ao analisar-se o consumo de alimentos fontes de proteína animal, excluídos o leite e seus derivados, observa-se que o frango (73,84%) foi o alimento oferecido mais precocemente e para um maior número de crianças, seguido pela carne vermelha (69,18%), gema de ovo (57,36%), peixe (53,49%), clara de ovo (45, 15%) e carne suína (12,4%). Marchioni et al (2001) realizaram pesquisa em São Paulo com crianças com até 12 meses de idade que freqüentavam dois Centros de Saúde entre 1997 e 1998 e observaram que os alimentos contendo proteína de origem animal foram introduzidos na alimentação infantil tardiamente, sendo que somente em 38% dos casos a introdução destes alimentos aconteceu entre os 6 e 12 meses de idade. Neste estudo, todos os alimentos acima citados, foram introduzidos entre os seis e nove meses de idade, com exceção da clara de ovo (9,84 meses). A importância da introdução destes alimentos está relacionada com a qualidade da proteína oferecida à criança, e com fornecimento de alimentos fontes de ferro heme, mais biodisponível, favorecendo a adequada ingestão deste mineral prevenindo o aparecimento de anemia ferropriva, muito comum em crianças pequenas. Em pesquisa realizada por Figueiredo et al (2004) na Campanha de Vacinação de 2000, com 719 crianças menores de um ano residentes em São José do Rio Preto/SP, foi observado que a idade mediana de introdução de carnes, incluindo a de fígado foi aos 150 dias, e a gema de ovo foi introduzida aos 180 dias (mediana de introdução).

Neste estudo o peixe foi introduzido aos 8,60 meses de idade em média, sendo que 53,49 % das crianças até dois anos de idade já haviam consumido algum tipo de peixe.

Oliveira et al (2005) realizaram estudo com crianças com até 24 meses de idade na cidade de Salvador, Estado da Bahia, utilizando como referência o peixe consumido nas últimas 24 horas, sendo observado um consumo de peixe por 2% e 3,4% em crianças entre 6 - 12 meses e 12 - 24 meses de idade, respectivamente, observando as devidas ressalvas quanto ao método de avaliação do consumo alimentar utilizado. Merece destaque que as duas cidades estão situadas na região litorânea, existindo facilidade de acesso a este tipo de alimento, com conseqüente baixo custo para população, quando comparado com outras fontes de proteína animal.

Neste estudo, ao analisar-se o consumo de proteína de origem vegetal, observa-se que 71,32% das crianças já haviam recebido algum tipo de leguminosa. Sendo este valor muito maior que os encontrados por Oliveira et al (2005), que realizaram estudo com crianças com até 24 meses de idade na cidade de Salvador, Estado da Bahia, utilizando como referência o consumido nas últimas 24 horas, onde foi observado um consumo de feijão por 22% e 47,8% em crianças entre 6 - 12 meses e 12 - 24 meses de idade, respectivamente. O feijão foi introduzido na alimentação de crianças menores de um ano de idade residentes em São José do Rio Preto/SP aos 180 dias (mediana), em um estudo realizado no ano de 2000 (FIGUEIREDO et al, 2004).

O consumo de leguminosas é muito importante, tanto pelo aporte protéico, quanto pelo aporte de ferro que possibilita. Assis et al (2004) referem que embora as leguminosas não sejam consideradas fontes de ferro com elevada biodisponibilidade, o consumo diário e sistemático pode assegurar boas taxas desse mineral.

Neste trabalho observou-se que, dos nove aos doze meses de idade foram introduzidos em ordem crescente em média, na alimentação de infantil, farinha de mandioca aos 9,04 meses (3,64 DP), clara de ovo aos 9,84 meses (3,6 DP), bolacha recheada aos 9,93 meses (4,04 DP), doces aos 10,01 meses (4,4 DP), suco industrializado aos 10,33 meses (4,24 DP),

queijo aos 11,03 meses (3,46 DP), achocolatado aos 11,27 meses (4,08 DP) o refrigerante aos 11,46 meses (3,71 DP). Depois dos 12 meses de idade nenhum alimento incluído na nossa listagem foi introduzido na alimentação infantil do grupo estudado.

Os alimentos do grupo dos doces foram introduzidos entre os nove e doze meses de idade, com exceção do açúcar aos 6,62 meses de idade em média e do pudim/gelatina aos 7,42 meses de idade. O pudim/gelatina foi o alimento do grupo dos doces oferecido a um maior número de crianças (60,66%). O açúcar foi oferecido a 55,23% de todas as crianças menores de dois anos de idade. Este valor é inferior ao encontrado por Oliveira et al (2005), que observaram um consumo de açúcar por 57,5%, 79,5% e 89,1% em crianças menores de seis meses, entre 6 - 12 meses e 12 - 24 meses de idade, respectivamente, na cidade de Salvador, Estado das Bahia. O consumo de mel e de rapadura também são observados nas áreas rurais do nordeste brasileiro (MONTE e SÁ, 2004). Poskitt (1994) refere que o estímulo por alimentos doces pode ser um fator predisponente da obesidade. Além disso, existe o risco para o desenvolvimento da cárie de mamadeira, mal que atinge boa parte das crianças menores de dois anos de idade, e que está relacionado com o consumo de doces/líquidos açucarados, juntamente com a inadequada higiene bucal, característica em crianças pequenas. Em Pernambuco, o sabor dos alimentos oferecidos as crianças é predominantemente doce (MONTE e SÁ, 2004).

Neste estudo a introdução de achocolatado na alimentação de crianças menores de 2 anos de idade foi observada em 27,52% dos casos. Simon (2001) em pesquisa realizada com crianças de São Paulo, observou que 34% destas crianças com até doze meses de idade receberam achocolatado. Monte e Sá (2004), colocam que a substituição de uma refeição por leite com achocolatado na alimentação de crianças entre 12 e 23 meses é comum, principalmente antes e até durante o sono, sendo um fator predisponente ao desenvolvimento da cárie dental. Com relação ao consumo de refrigerante, os resultados deste estudo

demonstram que 30,04% das crianças já haviam recebido este tipo de alimento, valor inferior ao encontrado por Hunty, Lader e Clarke (2000) em pesquisa realizada na Inglaterra, com crianças entre 12 e 18 meses de idade em 1995, através de questionários distribuídos por correio, onde foi observado que 51% destas crianças recebiam bebidas carbonatadas, e que 31% recebiam bebidas carbonatadas adoçadas com edulcorantes. Apesar de que neste estudo não se verificaram valores tão elevados como na pesquisa realizada na Inglaterra, o oferecimento de refrigerante para esta população é motivo de preocupação, pois sabe-se que o consumo de refrigerantes pode influenciar negativamente na absorção do cálcio dietético, interferir no valor calórico total ingerido pelas crianças e principalmente favorecer a formação de hábitos alimentares distorcidos.

Rotenberg e Vargas (2004) realizaram estudo qualitativo com mulheres moradoras no Rio de Janeiro, e observaram que apesar destas considerarem alimentos como achocolatado e salgadinhos como “besteiras”, estes são introduzidos na alimentação infantil, provavelmente pelo estímulo de marketing das indústrias. Monte e Sá (2004) referem que nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco, os salgadinhos são frequentemente utilizados pelas mães, em detrimento de outros alimentos mais baratos e até mesmo mais nutritivos na alimentação de crianças entre 6 e 11 meses de idade.

Das 516 mães participantes deste estudo, 42,4% declararam exercer alguma atividade fora do lar. Observa-se que o fato da mãe exercer algum tipo de atividade fora do lar (estudo e/ou trabalho), é um fator de risco para a introdução inadequada de alimentos complementares de um modo geral. No modelo de análise multivariada não condicional, a variável atividade fora do lar manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos complementares. As crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar apresentaram risco mais elevado (OR= 2,56, IC95% 1,68-3,90) de receberem introdução inadequada de alimentos complementares, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem

atividades fora do lar. Também manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo lácteo, pois as crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar apresentaram risco mais elevado (OR= 2,39, IC95% 1,66-3,54) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo lácteo, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar. Manteve-se associada também à introdução inadequada de alimentos do grupo amido, pois as crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar apresentaram risco mais elevado (OR= 1,88, IC95% 1,31-2,72) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo amido, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar. Contrariamente, Simon (2001), num estudo realizado na cidade de São Paulo não encontrou associação estatisticamente significativa entre o consumo de farináceos e as condições de trabalho da mãe.

Manteve-se associada também à introdução inadequada de alimentos do grupo vegetais, pois as crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar apresentaram risco mais elevado (OR= 1,96, IC95% 1,33-2,87) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo vegetais, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividades fora do lar. Num estudo realizado na cidade de São Paulo por Simon (2001) não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre a introdução de frutas e verduras e as condições de trabalho da mãe.

A variável atividade fora do lar também apresentou associação com a introdução de alimentos do grupo doces, pois as crianças filhas de mães que exercem atividade fora do lar apresentaram risco mais elevado (OR=2,00, IC95% 1,28-3,11) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças filhas de mães que não exercem atividade fora do lar. Simon (2001) em estudo realizado na cidade de São Paulo não observou relação entre as condições de trabalho da mãe e a introdução precoce de

açúcar, contrário deste estudo, no qual se verificou que o fato da mãe exercer atividade fora do lar é um fator de risco para a introdução de alimentos do grupo dos doces, que incluíam o açúcar e o achocolatado, entre outros.

Diferentemente deste trabalho, Aquino e Philippi (2002), observaram que o consumo de açúcar era inversamente proporcional à renda familiar, em pesquisa realizada com crianças de zero a 59 meses de idade da cidade de São Paulo.

Quando as mães foram questionadas sobre os cuidadores da criança, foi citado que 66,1% das crianças são cuidadas pela própria mãe, porém o fato de 33,9% das mães exercerem alguma atividade fora do lar, parece ser um fator de risco para o desmame precoce e, conseqüentemente para a introdução de alimentação complementar. Os demais cuidadores citados foram avó (10,7%), professor (10,3%), amigo e/ou familiar maior de 15 anos de idade (3,3%), empregada (3,3%), outros (3,1%), pai (2,5%) e amigo/familiar menor de 15 anos de idade (0,8%). Estes dados confirmam que a mãe continua sendo a responsável direta pelo cuidado da criança e conseqüentemente da alimentação, fazendo parte dos cuidados primordiais em relação à saúde de lactentes, e o fato dela se ausentar do lar pode ser um fator de risco para a qualidade da alimentação oferecida à criança nesta faixa etária. Rotenberg e Vargas (2004), referem que a produção das refeições e o cuidado com a saúde da criança, ainda são uma atribuição feminina, em muitos casos passada de geração em geração entrelaçando a dimensão econômica com a afetiva e com a de ritual de socialização, sendo a família responsável pela transmissão da cultura alimentar (RAMOS e STEIN, 2000).

Em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2001), foi observado que o fato da mãe não trabalhar fora favorecia o aleitamento materno exclusivo. Sabendo que se o aleitamento materno exclusivo for realizado até os seis meses de idade, a introdução de alimentos complementares será adequada, em relação ao período de introdução. Esta informação confirma os resultados obtidos neste estudo, que o fato da mãe exercer

atividade fora do lar é um fator predisponente à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo com conseqüente introdução inadequada de alimentação complementar.

Rea et al (1997), observaram em um estudo realizado com mulheres trabalhadoras de empresas da Zona Sul de São Paulo em 1993 e 1994, que as mulheres com mais de 8 anos de escolaridade tendiam a amamentar exclusivamente 3 vezes mais do que as com menos de 8 anos de estudo, com conseqüente introdução adequada de alimentos complementares, tendo como parâmetro o período de introdução.

Kummer et al (2000), colocam que as mulheres com maior escolaridade tendem a valorizar mais o aleitamento materno exclusivo do que as com escolaridade mais baixa. Deste modo, primando pelo aleitamento materno exclusivo, a introdução de alimentos complementares aconteceria como o preconizado pela OMS.

Com relação a escolaridade da mãe e a introdução inadequada de alimentos da criança, neste estudo observou-se através da análise multivariada não condicional que as crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade apresentaram risco mais elevado (OR=1,53, IC95% 1,04-2,23) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo lácteo, quando comparadas com crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade. Observou-se também, que as crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade apresentaram risco mais elevado (OR=1,64, IC95% 1,13-2,41) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo amido, quando comparadas com crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade. Além disso, também foi possível observar que a variável escolaridade materna manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo panificação, pois as crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridade apresentaram risco mais elevado (OR = 2,58, IC95% 1,43-4,65) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo panificação, quando comparadas com as crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade Com

relação ao grupo doces, observou-se que a variável escolaridade materna manteve-se associada à introdução inadequada de alimentos do grupo doce, pois as crianças filhas de mães que possuem menos de 8 anos de escolaridades apresentaram risco mais elevado (OR=2,22, IC95% 1,33-3,72) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo doces, quando comparadas com as crianças filhas de mães que possuem mais de 8 anos de escolaridade. Simon (2001) em estudo realizado na cidade de São Paulo encontrou que quanto maior a escolaridade materna, mais tardia a introdução do açúcar e do achocolatado.

Observou-se também que as crianças pertencentes a famílias onde residem mais de quatro pessoas no domicílio apresentaram risco mais elevado (OR=1,98, IC95% 1,06-3,71) de receberem introdução inadequada de alimentos do grupo gorduras, quando comparadas com crianças pertencentes a famílias onde residem menos de quatro pessoas no domicílio. Este dado mostrou-se inesperado, pois em nenhum outro trabalho foi observado tal resultado. A introdução de gorduras na alimentação infantil está diretamente relacionada ao hábito alimentar familiar, tendo em vista que estes alimentos na maioria das vezes são oferecidos às crianças como ingrediente de preparações salgadas, como papas, sopas e purês. Vale salientar a importância do consumo destes alimentos na infância, como fonte de energia, de ácidos graxos essenciais e de vitaminas lipossolúveis, e melhorar a palatabilidade dos alimentos (DEWEY e BROWN, 2003), entretanto, não se pode esquecer que o consumo excessivo de gorduras está também relacionado com o desenvolvimento de doenças coronarianas e obesidade, além de estabelecer um padrão alimentar inadequado ao recomendado para a atualidade.

As papas industrializadas foram oferecidas à 31,39% das crianças. Nos últimos anos aumentou o interesse por alimentos infantis processados. Dewey e Brown (2003) colocam como vantagens na utilização destes alimentos à conveniência, a habilidade para prover um equilíbrio apropriado de nutrientes e o menor risco de contaminação microbiana.

Entretanto a desvantagem principal citada pelos autores, está relacionada ao custo destes alimentos, o que justifica a pouca introdução deste alimento na alimentação das crianças no presente estudo.

Com relação ao consumo de chás, 33 mães relataram terem oferecido chás aos seus filhos, independentemente da idade das crianças, sendo que neste estudo não foram coletadas informações sobre o motivo da utilização do chá na alimentação infantil. De maneira geral, este alimento é oferecido às crianças, não como um complemento alimentar, mas como medicamento. Em estudo realizado em Pelotas/RS no ano de 1993, com médicos desta cidade, foi observado que 49% destes profissionais recomendavam a utilização de chás na alimentação de crianças menores de seis meses de idade (CESAR et al, 1996).

Neste estudo não se verificou associação estatisticamente significativa entre introdução inadequada de alimentos e idade materna, porém em estudo realizado na cidade de São Paulo por Oliveira et al (2005) a idade materna apresentou relação com o período de aleitamento materno exclusivo inadequado, com conseqüente introdução precoce de alimentos complementares, onde mulheres com menos de 20 anos de idade apresentaram risco de desmamar precocemente seus filhos. Entretanto NEVLING, CARRUTH e SKINNER (1997) encontraram resultados semelhantes ao deste estudo, em pesquisa realizada com mães adultas e adolescentes nos Estados Unidos.

Observa-se que o fato da mãe exercer atividade fora do lar e apresentar um grau de escolaridade menor que oito anos de estudo são os principais fatores de risco para a introdução inadequada de alimentos para as crianças menores de dois anos de idade da cidade de Florianópolis.

Quando a mãe exerce atividade fora do lar no modelo formal de trabalho ou de educação, a possibilidade da mesma realizar amamentação exclusiva é de apenas quatro meses, pois a licença maternidade cumpre apenas este período. Desta maneira, não existe

possibilidade de cumprimento das metas da OMS de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, apesar da existência por lei da liberação para a amamentação sendo 30 minutos por período, quase sempre insuficiente, além do que existem muitos fatores para a introdução inadequada de alimentos antes dos 6 meses de idade. Um significativo número de mães pertencem a famílias de renda muito baixa e não dispõem de 6 meses para permanecerem em casa, mesmo exercendo atividade no mercado informal, e seus filhos também tornam-se vulneráveis à introdução inadequada de alimentos.

Está amplamente comprovado na literatura que o grau de escolaridade da mãe é um fator de proteção para a saúde de seu filho. Por este motivo, quanto menor o grau de escolaridade da mãe, maior o risco para a introdução inadequada de alimentos de seus filhos, conforme se evidencia neste estudo.

Outro fator que merece ser observado está relacionado ao modo de seleção e escolha dos alimentos utilizados na alimentação nas diversas classes sociais. Estas escolhas são definidas por especificidades econômicas, culturais e sociais, incluindo razões psicológicas para aceitação e rejeição dos alimentos, classificados pelas sugestões sensoriais (gosto bom, ruim, sem gosto), conseqüências de comer determinado alimento (benéfico, perigoso), fatores ideacionais (pela utilidade do alimento, apropriado ou inapropriado, aparência, higiene), e tabus relacionados à determinadas etapas do desenvolvimento fisiológico (RAMOS e STEIN, 2003). Em pesquisa realizada por Soares (1997) na periferia de Fortaleza/CE, com 99 crianças, foi verificado que o custo dos alimentos não é o principal fator determinante das escolhas alimentares, mas sim o que as mães acreditavam ser melhor para seus filhos.

Ramos e Stein (2003) também colocam que na realidade brasileira existem poucos estudos sobre os fatores que interferem no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil, necessitando mais investigações para se reconhecer verdadeiramente de que maneira acontece a formação dos hábitos alimentares, bem como de que maneira as influências

externas como a mídia e os profissionais da saúde podem interferir positivamente ou não, neste processo.

A necessidade de se estimular o consumo de alimentos regionais foi descrita por Monte e Sá (2004), além de se conhecer e saber lidar com as percepções e crenças maternas sobre a nutrição de lactentes. Sabe-se que o panorama alimentar no Brasil é peculiar de cada região, permeado por hábitos alimentares de diferentes origens: negras, índias, européias, asiáticas (RAMALHO e SAUNDERS, 2000). Esta característica também está presente no município de Florianópolis, que além de contar com a participação de diversas etnias na sua colonização, também tem apresentado uma migração populacional muito intensa nos últimos anos, de indivíduos de todas as regiões do país, contribuindo ainda mais com a miscigenação cultural e conseqüente transformação/agregação dos hábitos alimentares locais.

Os profissionais de saúde desempenham incontestável importância como orientadores e executores das práticas de saúde, pois estes fazem o acompanhamento da mulher antes, durante e após o parto, estreitando relações e estabelecendo parcerias (PRIMO, AMORIM E LIMA, 2004).

Os resultados obtidos neste trabalho podem contribuir para o processo de educação nutricional relacionado ao período de introdução de alimentos complementares

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu verificar que os alimentos mais utilizados na alimentação de crianças menores de dois anos de idade foram: as frutas não cítricas, os tubérculos, o suco natural de fruta, os legumes/verduras, o arroz, o frango, a massa, a bolacha simples e as leguminosas, sendo que todos estes alimentos foram oferecidos a mais de 70% das crianças participantes desta pesquisa.

Ao observa-se a idade de introdução dos alimentos complementares na alimentação de crianças menores de dois anos de idade residentes da cidade de Florianópolis, pode-se elencar os que são inicialmente oferecidos, como: suco de fruta, leite modificado e fruta não cítrica antes dos seis meses de idade. Este resultado está de acordo com o que é preconizado atualmente pela OMS, que propõe a introdução de alimentação complementar a partir dos seis meses de idade. Os demais alimentos foram introduzidos somente no segundo semestre de vida, entre eles: tubérculos, massa, pães, legumes/verduras e açúcar. Após o nono mês de vida, foram introduzidos na alimentação infantil os doces de um modo geral, o refrigerante e achocolatado, entre outros.

Neste estudo, quando observadas as relações entre a introdução de alimentos complementares e características maternas, pode-se concluir que: a baixa escolaridade materna (até oito anos de estudo) e o fato da mãe desempenhar alguma atividade fora do lar (trabalho/estudo), apresentam relação com a introdução precoce de alimentos na dieta de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis.

## REFERÊNCIAS

AKRÉ, J. (Ed.). Organização Mundial da Saúde. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. 1997, 89p.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p.119-125, 2004. suplement 5.

American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. **Pediatrics**, v.100, n.6, p.1035-1039, dec. 1997.

AQUINO, R.C.; PHILIPPI, S.T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Revista de saúde Pública**, São Paulo v.36 n. 6, p. 655-60, dez 2002.

ARAÚJO, M.F.M.; FIACO, A.D.; PIMENTEL, L.S.; SCHMITZ, B.A.S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.2, p.135-141, abr./jun. 2004.

ASSIS, A.M.O., GAUDENZI, E.N., GOMES, G., RIBEIRO, R.C., SZARFARC, S.S., SOUZA, S.B. Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. **Revista de Saúde Pública** São Paulo, v. 38, n. 4, p. 543-551, ago. 2004

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Perfil Municipal Florianópolis (SC). Disponível em: <<http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/Florianopolis.PDF>>. Acesso em 30 de outubro de 2004.

BIRCH, L.L. Psychological Influences on the Childhood Diet. **J.Nutr**, n. 128, p.407-410, 1998.

BITTENCOURT, S.C., PINHEIRO, C.E.A., SÔNEGO, M. Antigos hábitos alimentares de lactentes, no interior da ilha de Santa Catarina. **Revista Ciências da Saúde**, Florianópolis, v.18, n. 1/2, p. 62-69, jan./dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: 2002, 152p. pg 48

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal: relatório**. Brasília, DF, 2001. 50p. pg 48

BUENO, M.B.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B.; PAZ, S.M.R.S.; GIMENO, S.G.A.; SIQUEIRA, A.A.F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1453-1460, set./out. 2003.

CALDEIRA, G.V. Fatores que influenciam a formação dos hábitos alimentares de crianças. In: SIMPÓSIO SUL-BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: HISTÓRIA, CIÊNCIA E ARTE, 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2000. p.181-185.

CAMILO, D.F.; CARVALHO, R.V.B.; OLIVEIRA, E.F.; MOURA, E.C. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escola. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 1, p.29-36, jan./mar., 2004.

CANESQUI, A.M. Antropologia e Alimentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n.22, p.207-216, 1988.

CÉSAR, J.A.; KUHN, D. DEVENS, E.S.; MARTINS JR., E.; AGUIAR, M.R.C.; HOLTHAUSEN, R.S.; TEIXEIRA, A.M.B.; HORTA, B.L. Prescrição de chás para crianças menores de seis meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.72, n.1, p.27-31, 1996.

CORSO, A.C.T., ZENI, L.A.Z.R., NUNES, S.R.L., KAZAPI, I.A.M., AVANCINI, S.R.P. Alimentos oferecidos à crianças menores de 2 anos de idade no município de Florianópolis/SC. In: SIMPÓSIO SUL-BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: HISTÓRIA, CIÊNCIA E ARTE, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC. p.587-594.

DEWEY, K.G.; BROWN, K.H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 24 n. 1, p 5- 28, 2003.

ESTARRIOAL, L.G.R.; DÍAZ, J.P.G., HERNÁNDEZ, J.D. Hábitos alimentarios e ingesta dietética en el primer año de vida. **Anales Españoles de Pediatría**, v.52, n.6, p.523-529, 2000.

EUCLYDES, M.P. Crescimento e desenvolvimento do lactente. In: \_\_\_\_\_ **Nutrição do lactente: Base científica para uma alimentação adequada**. 2ed.Viçosa: Suprema, 2000a. p.3-80.

EUCLYDES, M.P.. Bases fisiológicas para a alimentação e nutrição de lactentes. In: \_\_\_\_\_ **Nutrição do lactente: Base científica para uma alimentação adequada.** 2ed.Viçosa: Suprema, 2000b. p.83-118.

EUCLYDES, M.P.. Alimentação complementar. In: \_\_\_\_\_ **Nutrição do lactente: Base científica para uma alimentação adequada.** 2ed.Viçosa: Suprema, 2000c. p.403-461.

FIGUEIREDO, M.G.; SARTORELLI, D.S.; ZAN, T.A.B.; GARCIA, E.; SILVA, L.C.; CARVALHO, F.L.P.; PASCOTTO, R.C.; MARCI, S.; CARDOSO, M.A. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n.1, p.172-179, jan/fev 2004.

FOMON, S.J. Tendencias en la alimentación del lactante desde 1950. In: \_\_\_\_\_ . **Nutrición del lactante.** Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995. p. 15-35.

FOMON, S.J.; NELSON, S.E. Tamaño y crecimiento. In: FOMON, S.J. **Nutrición del lactante.** Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995. p. 36-83.

GARCINUÑO, A.C.; GARCÍA, I.P.; PUERTAS, J.G.; RODRÍGUEZ. Tabaco, lactancia y sibilantes en los primeros tres años, **An Pediatr**, Barcelona, v.59, n.6, p.541-546, 2003.

GIBSON, R.S.; HOTZ, C. Causas nutricionais da interrupção linear do crescimento durante a alimentação complementar. **Nutrição e Crescimento.** Nestlé Nutrition Workshop Series. Programa Pediátrico, v. 47, p.25-27, 2000.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, p.238-252, 2000, suplemento3.

GIUGLIANI, E.R.J.; ROCHA, V.L.L.; NEVES, J.M.; POLANCZYK, C.A.; SELLRIN, C.F.; SUSIN, L.O. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n.2, p.77-81, 1995.

GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, p.253-262. 2000. suplemento 3.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression.** New York, John Whitey e Sons, 1989.

HUNTY, A.; LADERT, D.; CLARKE, P.C. What british children are eating and drinking at age 12-18 months. **J Hum Nutr Dietet**, v. 13, p83-86, 2000.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5 p. 70-76, set. 2001.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p 578-585, jul./ago. 2002.

KITOKO, P.M., RÉA, M.F., VENANCIO, S.I., VASCONCELOS, A.C.C.P., SANTOS, E.K.A. & MONTEIRO, C.A.M. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, out./dez. 2004.

KLEINMAN, R.E. Complementary Feeding And Later Health. **Pediatrics** v.106, n.5, p.1287, nov. 2000, supplement.

KOLETZKO, B. Complementary foods and the development of food allergy. **Pediatrics** v.106, n.5, p.1285, nov. 2000, supplement.

KUMMER, S.C.; GIUGLIANI, E.R.J.; SUSIN, L.O.; FOLLETTTO, J.L.; LERMEN, N.R.; WU, V.Y.J.; SANTOS, L.; CAETANO, M.B. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p. 143-148, abr. 2000.

LIMA, T.M.; OSÓRIO, M.M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.3, p.305-314, jul./set. 2003.

MARCHIONI, D.M.L.; LATORRE, M.R.D.O.; SZARFARC, S.C.; SOUZA, S.B. Complementary feeding: Study on prevalence of food intake in two Health Centers of São Paulo City. **Archivo Latino-Americano de Nutricion**, Caracas. v.51, n. 2, june 2001.  
MEHTA, K.C.; SPECKER, B.L.; BARTHOLMEY, S.; GIDDENS, J.; HO, M.L. Trial on timing of introduction to solids and food type on infant growth. **Pediatrics**, v.102, n.3, p. 569-573, sept. 1998.

MICHAELSEN, K.F.; SCI, M.; FRIIS, H. Complementary feeding: A global perspective. **Nutrition**, v.14, n.10, p.763-766, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - Brasil. **Imunizações – Município Florianópolis**. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>> .Acesso em: 20 de setembro de 2003a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) – Brasil. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 25 de setembro de 2003b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - Brasil. **Demografia** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em: 13 de junho de 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) – Brasil. **Escolaridade Florianópolis**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/estSC.def>. Acesso em: 29 de outubro de 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - Brasil. **Imunizações – Município Florianópolis/SC**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em: 15 de outubro de 2005b.

MONTE, C.M.G., GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, p.131-141, 2004, suplemento 5.

MONTE, C.M.G.; SÁ, M.L.B. **Guias alimentares para crianças de 6-23 meses no Nordeste do Brasil: da teoria à prática**. Disponível em: <<http://www2.accvia.com.br/britishcouncil/guidance>>. Acesso em: 19 agosto de 2004.

MULDER-SIBANDA, M.; SIBANDA-MULDER, F.S. Prolonged breastfeeding in Bangladesh: indicators of inadequate feeding practices or mothers' response to children's poor health? **Public Health**, v.113, p.65-68, 1999.

NEVLING, W.; CARRUTH, B.R.; SKINNER, J.D. How do socioeconomic status and age influence infant food patterns? **Journal the American Dietetic Association**, v.97, n.4, p.418-420, 1997.

NICKLAS, T.A.; FISHER, J.O. To each his own: family influences on Children's food preferences. **Pediatric Basics**, n.102, p.13-20, 2003.

OLIVEIRA, L.P.G., ASSIS, A.M.O., GOMES, G.S.S., PRADO, M.S., BARRETO, M.L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de

vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1519-1530, set./out. 2005.

PALMA, D.; SARNI, R.S.(Coord.) Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo. v.16, n.12, p.112-118. jun. 1998.

PINHEIRO, A.R.O., FIATES, G.M.R., NOGUEIRA, T.L. Práticas alimentares de aleitamento materno e desmama de crianças atendidas em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista Ciências da Saúde**, Florianópolis, v.21, n.1, p.17-25, jan./jun. 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (PMF). **Características demográficas**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br>>. Acesso em: 20 de setembro de 2003.

POSKITT, E.M.E. A alimentação nas primeiras etapas da vida e a obesidade. **A alimentação na infância e suas conseqüências a longo prazo**. Nestlé Nutrition Services. 36 ° seminário Nestlé Nutrition, 1994.

PRIMO, C.C.; AMORIN, M.H.C.; LIMA, R.C.D. Aleitamento materno: um direito à saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.28, n.67, p.112-117, maio/ago. 2004.

RAMALHO, R.A.; SAUNDERS, C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.13, n.1, p.11-16, jan./abr. 2000.

RAMOS, M.; STEIN, L.M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, v.76, p.229-237, 2000, supplement 3.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.37-45, 2003, suplemento 1.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**. V.80, p.142-146, 2004, suplemento 5.

REA, M.F., VENANCIO, S.I., BATISTA, L.E., SANTOS, R.G. & GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.2, p.149-156, 1997.

REMPEL, L.A. Factors influencing the breastfeeding decisions of Long-term Breastfeeders. **J Hum Lact**, v. 20, n.3, p.306-318, 2004.

RIBEIRO, L.C.; DEVINCENZI, M.U.; GARCIA, J.N.; HADLER, M.C.C.M.; YAMASHITA, C.; SIGULEM, D.M. Nutrição e alimentação na lactação. **Compacta Nutrição**, São Paulo, 200\_, 22p.

RIVERA, J.A.; LUTTER, C. O Papel Potencial dos Alimentos Complementares Industrializados. **Nutrição e Crescimento**. Nestlé Nutrition Workshop Series. Programa Pediátrico, v. 47, p.39-41, 2000.

ROMANI, S.A.M.; LIRA, P.I.C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, p.15-23, jan./mar. 2004.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S.de. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, p.85-94, jan./mar. 2004.

SIGULEM, D.M.; TADDEI, J.A.A.C. Nutrição e alimentação nos dois primeiros anos de vida. **Compacta Nutrição**. v. 5, n.1, 2004. 22p.

SILVEIRA, F.J.F., LAMOUNIER, J.A. Prevalência de aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Nutrição de Campinas**, Campinas, v.17, n.4, p. 437-447, out./dez., 2004.

SIMON, V.G. **Introdução de alimentos complementares em crianças no primeiro ano de vida nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo**. 2001, 109f. Dissertação (mestrado em Nutrição). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.29-38, 2003.

SOARES, N.T. **Prática alimentar de crianças menores de um ano – um subsídio para implementação das ações em nutrição e saúde**. 1997, 179f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1997.

SOARES, M.E.M.; GIUGLIANI, E.R.J.; BRAUN, M.L.; SALGADO, A.C.N.; OLIVEIRA, A.P.; AGUIAR, P.R. Uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**. v.79 n.4, p.309-316, 2003.

SOUZA, S.B.; SZARFARC, S.C.; SOUZA, J.M.P. Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde-escola do município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.2, p.167-174. maio/ago. 1999.

SOUZA, S.L.; CASTRO, R.M.; NOGUEIRA, M.I. Comportamento alimentar neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.3, p. 241-246, jul./set. 2003.

SPINELLI, M.G.N.; SESOKO, E.H.; PINHEIRO, J.; ELIAS, R. Representa o ingresso da criança na creche um fator para o desmame? In: SIMPÓSIO SUL-BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: HISTÓRIA, CIÊNCIA E ARTE, 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2000. P.305-310.

UAUY, R.; ATALAH, E.; KAIN, J. A transição nutricional: Novas influências nutricionais sobre o crescimento da criança. **Nutrição e Crescimento**. Nestlé Nutrition Workshop Series. Programa Pediátrico, v. 47, p42-45, 2000.

UAUY, R.; CASTILLO-DURÁN. Nutrição no início da vida: atuais lacunas no conhecimento que impedem o planejamento de dietas ideais para os dois primeiros anos de vida. **Nutrição na Infância**. Anais Nestlé, v. 63, p.35-49, 2004.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. **Epidemiologia da Saúde Infantil**. São Paulo: Hucitec-Unicef, 1991, 176p.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O.; ALMEIDA, J.A.G.; CABRAL, V.A. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.89, n.5, p.411-416, 2004.

WHO. **Relactación: Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica**. Gineva: World Health Organization – WHO, 1998a. 38p.

WHO. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: World Health Organization – WHO, 1998b. 228p.

WHO. **Complementary Feeding: Family foods for breastfed children**. Geneva: World Health Organization - WHO, 2000. 52p.

## ANEXO A

Relação de crianças de 0-24 meses vacinadas nas Unidades Locais de Saúde de Florianópolis/SC na campanha de vacinação de agosto de 2003.

	<b>Unidades Locais de Saúde</b>	<b>N ° de crianças 0 - 2 anos</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
01	CSI Caeira da Barra do Sul	0008	0,13	0,13
02	CSI Canto da Lagoa	0018	0,29	0,42
03	CSI Costa da Lagoa	0028	0,44	0,86
04	CSI Vargem Pequena	0028	0,44	1,30
05	CSI MONTE Serrat	0031	0,49	1,79
06	CSII Ribeirão da ilha	0059	0,93	2,72
07	CSI Pântano do Sul	0060	0,95	3,67
08	CS Ratoles	0065	1,03	4,70
09	CSI Vargem Grande	0066	1,04	5,74
10	CS João Paulo	0068	1,08	6,82
11	CSI Campeche	0071	1,12	7,94
12	Policlínica II	0079	1,25	9,19
13	CSI Fazendo do Rio Tavares	0080	1,27	10,46
14	CSI Alto Ribeirão	0083	1,31	11,77
15	CSI Barra da Lagoa	0090	1,42	13,19
16	CSII Santo Antônio	0091	1,44	14,63
17	CS Ponta das Canas	0096	1,52	16,15
18	CS Prainha	0098	1,55	17,70
19	CS I Morro das Pedras	0100	1,58	19,28
20	CS I Armação	0100	1,58	20,86
21	CSI Jurerê	0102	1,61	22,47
22	CSI Rio Tavares	0104	1,65	24,12
23	CSII Lagoa	0115	1,82	25,94
24	CS Coloninha	0120	1,90	27,84
25	CS Morro da Caixa	0122	1,93	29,77

26	CSII Costeira	0125	1,98	31,75
27	CS Sapé	0132	2,09	33,84
28	CSI Córrego Grande	0134	2,12	35,96
29	CSI Pantanal	0134	2,12	38,08
30	CSII Itacorubi	0142	2,25	40,33
31	CS Jardim Atlântico	0142	2,25	42,58
32	CSII Carianos	0154	2,44	45,02
33	CS Vila Aparecida	0161	2,55	47,57
34	CSI Tapera	0162	2,56	50,13
35	CSII Saco dos Limões	0163	2,58	52,71
36	CSI Rio vermelho	0165	2,61	55,32
37	CSI Canasvieiras	0170	2,69	58,01
38	CSI Abraão	0192	3,04	61,05
39	CS Capoeiras	0195	3,08	64,13
40	CS Balneário	0197	3,12	67,25
41	CSII Agrônômica	0201	3,18	70,43
42	CSII Cachoeira do Bom Jesus	0221	3,50	73,93
43	CS Estreito	0222	3,51	77,44
44	CSII Saco Grande	0324	5,12	82,56
45	CSII Centro	0326	5,16	87,72
46	CSII Ingleses	0374	5,92	93,64
47	CS MONTE Cristo	0403	6,37	100
	<b>TOTAL</b>	<b>6322</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## APÊNDICE E

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Universidade Federal de Santa Catarina, através da aluna da Pós-graduação em Nutrição **Elizabeth Nappi Corrêa** e com a orientação da professora **Arlete Catarina Tittoni Corso**, está desenvolvendo, com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde, uma pesquisa intitulada “**Introdução de alimentação complementar em crianças de 0-24 meses residentes no Município de Florianópolis/SC**”.

A pesquisa acontecerá em Unidades Locais de Saúde do Município, previamente sorteadas, e têm por objetivo verificar como acontece a introdução da alimentação em crianças até 24 meses, sendo realizada com mães de crianças pertencentes à esta faixa etária, que estiverem nas Unidades de Saúde no Dia Nacional de Vacinação. Será aplicado questionário contendo informações sobre dados gerais e alimentares destas crianças.

Este estudo é necessário porque irá propiciar um melhor conhecimento sobre a alimentação infantil, contribuindo para um acompanhamento nutricional mais adequado.

Se você estiver de acordo em participar, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone: (48) 331-9784.

Eu \_\_\_\_\_,  
portadora do RG: \_\_\_\_\_ fui esclarecida sobre a pesquisa “  
Introdução de alimentação complementar em crianças de 0-24 meses residentes no Município  
de Florianópolis/SC” e concordo que estes dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, 21 de agosto de 2004.

**ASSINATURA**

Prof<sup>a</sup> Arlete C.T. Corso

**ASSINATURA**

Elizabeth Nappi Corrêa

## APÊNDICE B

## APÊNDICE C



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TEL.: (048) 331-9784-FAX.: (048) 331-9542

Coordenação da Vigilância em Saúde

Secretaria Municipal de Saúde – Florianópolis/SC

Nos dirigimos a esta Coordenação para informar que a coleta de dados do projeto de pesquisa “ Introdução de Alimentação Complementar em Crianças de 0 a 24 meses residentes no Município de Florianópolis/SC”, que será realizada por acadêmicos dos Cursos de Graduação em Nutrição e Enfermagem da UFSC, devidamente treinados, obedecerá os seguintes critérios:

1º os alunos receberão treinamento para abordarem as mães somente após as mesmas terem realizado a vacina em seus filhos, ficando proibidos de interferirem antes deste procedimento, caso contrário, os mesmos serão penalizados conforme informações contidas no manual de instruções;

2º as mães somente responderão o questionário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

3º os alunos, em hipótese alguma, poderão interferir ou atrapalhar o andamento da campanha de vacinação, sendo que as entrevistas deverão se constituir num trabalho independente da mesma, devendo ser realizada num espaço distante daquele em que estará sendo aplicada a vacina;

4º solicita-se à Coordenação de Vigilância em Saúde o envio de uma carta aos Coordenadores das Unidades Locais de Saúde sorteadas para a realização da referida pesquisa, dando plenos poderes aos mesmos de cancelarem a coleta de dados, caso algum aluno não estiver cumprindo as determinações listadas no manual, e a conduta estiver atrapalhando o andamento da campanha de vacinação.

Atenciosamente,

Prof<sup>a</sup> Arlete Catarina TITTONI CORSO

Mestranda Elizabeth Nappi CORRÊA

Florianópolis, 05 de agosto de 2004