

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL**

**SILVANA CRISTINA DE LIMA DA SILVA**

**PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES NO  
MUNICÍPIO DE GRAMADO – RS**

**CANELA**

**2017**

**SILVANA CRISTINA DE LIMA DA SILVA**

**PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES NO  
MUNICÍPIO DE GRAMADO – RS**

Projeto de pesquisa, com objetivo de desenvolver um trabalho de conclusão de curso na cidade de Canela/RS, Universidade de Caxias do Sul.  
Orientador: Prof. Ms. Juliana Zortéa

**CANELA**

**2017**

## RESUMO

A amamentação deve ser exclusiva durante os primeiros seis meses de vida com início da alimentação complementar a partir desse período e a continuidade do aleitamento materno até os dois anos ou mais. O presente trabalho tem como objetivo analisar introdução precoce de alimentos em crianças menores de seis meses usuários das Unidades Básicas de Saúde do município de Gramado - RS. Trata-se de um estudo transversal, analítico quantitativo envolvendo as crianças de até um ano de idade em tratamento de puericultura em todas as UBS da cidade de Gramado - RS no período de março a abril de 2018. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCS, todos participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário com 65 questões que contempla variáveis sócio demográficas da mãe, incluindo idade, etnia, situação conjugal, profissão, escolaridade, renda familiar, bem como informações sobre gestação, pós-parto, doenças pregressas e na gestação, tabagismo, uso de drogas, número de consultas pré-natal, número de filhos, tipo de parto, se recebeu orientações sobre AM, qual a duração do AME, predominante e parcial, idade da introdução de alimentação complementar, alimentos oferecidos antes do sexto mês de vida da criança. Os dados serão analisados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Os resultados serão considerados estatisticamente significativos quando apresentarem o valor de p menor ou igual a 0,05.

**Palavras-Chave:** Aleitamento materno; Alimentação complementar; Desmame.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>TEMA.....</b>	<b>8</b>
2.1	DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	8
<b>3</b>	<b>FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>8</b>
4.1	HIPÓTESE PRIMÁRIA.....	8
4.2	HPÓTESES SECUNDÁRIAS.....	8
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
5.1	OBJETIVO GERAL.....	8
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
<b>6</b>	<b>EMBASAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
6.1	BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO.....	9
6.1.1	<b>Benefícios da amamentação para a mãe.....</b>	<b>10</b>
6.1.2	<b>Importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.....</b>	<b>11</b>
6.2	INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS.....	12
6.2.1	<b>Introdução precoce dos alimentos.....</b>	<b>14</b>
<b>7</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
8.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	15
8.2	POPULAÇÃO DE PESQUISA.....	15
8.2.1	<b>Critérios de inclusão.....</b>	<b>16</b>

<b>8.2.2</b>	<b>Critérios de exclusão.....</b>	<b>16</b>
8.3	COLETA DE DADOS.....	16
8.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
8.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
<b>9</b>	<b>ORÇAMENTO.....</b>	<b>18</b>
<b>10</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>21</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), é recomendado o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida. A partir desse período está indicada a introdução da alimentação complementar e deve-se estimular a manutenção do aleitamento materno até os 02 anos de idade ou mais (WHO, 2007). É importante ressaltar que o consumo precoce de alimentos complementares pode interferir na manutenção do aleitamento materno (AM), prejudicando o estado nutricional da criança. Seu trato gastrointestinal ainda não está preparado para receber alimentos antes do sexto mês de idade, podendo causar complicações nutricionais alterando a absorção de nutrientes e afetando o desenvolvimento adequando da criança (SBP, 2012; SCHINCAGLIA et al., 2015).

O leite materno possui propriedades anti-infecciosas, através de substâncias imunoreguladoras e microrganismos que fazem parte da formação da microbiota intestinal da criança, as quais agem contra infecções, ocasionando menos mortes entre as crianças amamentadas (MARTINS, SANTANA, 2013).

Estima-se que o AM poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis, e que poderia ser salvo 1,47 milhão de vidas por ano se a recomendação de AME por seis meses e complementado por dois anos fosse cumprida (VICTORA, et al, 2016).

Estima-se que o AME poderia evitar 55% das mortes por doença diarreica e 53% das causadas por infecção do trato respiratório inferior em crianças de 0 aos 6 meses, 20% e 18% dos 7 a 12 meses, respectivamente, e 20% de todas as causas de morte no segundo ano de vida (BRASIL, 2015)

Nas últimas três décadas, as evidências por trás das recomendações relacionadas à amamentação evoluíram acentuadamente, nunca antes na história da ciência se sabe tanto a respeito da complexa importância da amamentação para mães e para crianças (VICTORA et al., 2016).

Antes dos seis meses de idade a criança ainda não tem maturidade fisiológica para mastigar, deglutir e digerir, a introdução precoce da alimentação complementar pode causar diversas complicações nutricionais à criança, seu trato gastrointestinal não está pronto para receber estes alimentos e fazer sua digestão, alterando a microbiota e prejudicando a absorção de alguns nutrientes, como o ferro, do leite materno (SCHINCAGLIA et al., 2015; BRASIL, 2015; SBP, 2012).

Cientes da importância do AME para um bom desenvolvimento da criança e que é através de políticas públicas que podemos trabalhar o incentivo desta prática, o

objetivo desse estudo é verificar as práticas alimentares de lactentes de até seis meses de vida no município de Gramado – RS.

O município já possui projetos nesta área como o Amamenta Gramado, o qual conta com uma equipe multidisciplinar que atua nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) orientando e auxiliando as mães na amamentação. Desta forma o presente trabalho poderia auxiliar na avaliação da efetividade bem como contribuir na melhoria de programas já implantados na cidade.

## **2 TEMA**

Introdução precoce da alimentação complementar em crianças menores de seis meses.

### **2.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA**

Consumo alimentar de crianças menores de seis meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Gramado, RS.

## **3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA**

Como é o consumo alimentar de crianças menores de seis meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Gramado, RS?

## **4 HIPÓTESES**

### **4.1 HIPÓTESE PRIMÁRIA**

Crianças menores de seis meses recebem alimentação complementar precocemente.

### **4.2 HIPÓTESES SECUNDÁRIAS**

Crianças menores de seis meses recebem aleitamento materno misto.

Bebês menores de seis meses recebem aleitamento materno exclusivo.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar introdução precoce de alimentos em crianças menores de seis meses usuários das Unidades Básicas de Saúde do Município de Gramado - RS.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer o consumo alimentar de lactentes menores de seis meses no município de Gramado – RS.
- Analisar os tipos de aleitamento materno em crianças menores de seis meses no município de Gramado – RS.
- Analisar o tempo do aleitamento materno exclusivo no município de Gramado – RS.

## **6 EMBASAMENTO TEÓRICO**

### **6.1 BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO**

O AME até os seis meses com introdução da alimentação complementar a partir deste período é uma recomendação da OMS (WHO, 2007). É um processo que envolve fatores fisiológicos, ambientais, emocionais e socioculturais. Esse é um período cercado de muita emoção e muitas vezes pode sofrer influencia cultural capaz de influenciar sua qualidade (MARTINS, SANTANA, 2013).

A amamentação traz benefícios ao desenvolvimento da criança, iniciando pelo vínculo mãe-filho que ocorre durante o ato de amamentar. Crianças amamentadas no peito tendem a ser mais tranquilas e tem mais facilidade de socializar, facilitando o desenvolvimento emocional, cognitivo e do sistema nervoso (MARTINS, SANTANA, 2013).

Mamar não supre somente a fome da criança, mas também a necessidade de sucção, uma boa pega irá reduzir a necessidade de chupetas ou sucção digital. Através de uma correta forma de amamentação são desenvolvidas a sucção, deglutição e respiração, funções primárias para o bom desenvolvimento da criança (MARTINS, SANTANA, 2013).

O colostro e o leite materno são fontes de propriedades anti-infecciosas através de substancias imunoreguladoras que reduzem a incidência de diarreia, infecções respiratórias, urinárias, do trato gastrointestinal e otite. É uma fonte rica em microrganismos que fazem parte da formação da microbiota intestinal da criança (MARTINS, SANTANA, 2013).

Estudos com crianças de 06-23 meses, nos quais a amamentação mostrou-se associada a uma redução de 50% nas mortes, confirmando citações acima (VICTORA et al., 2016)

- 15 estudos com crianças menores de 05 anos tiveram grande evidência de alta proteção contra morbidade e internações hospitalares por diarreia, principalmente em bebês;
- 16 estudos com crianças menores de 02 anos tiveram forte evidência de redução nas infecções respiratórias severas;
- 11 estudos com crianças menores ou com dois anos completos indicaram evidência consistente de redução na otite média aguda durante os primeiros dois anos de vida;

### **6.1.1 Benefícios da amamentação para a mãe**

A mãe também é beneficiada com a amamentação. No momento do parto a hipófise libera a ocitocina, hormônio responsável pelas contrações uterinas, sua maior ação acontece durante a amamentação, com o processo de sucção da criança, ocorre a redução do tamanho do útero, diminuindo o risco de sangramento pós-parto.

A mãe também ao amamentar reduz o risco de câncer de mama e ovário (GIUGLIANI, 2000; MARTINS, SANTANA, 2013). Estudo de caso controle realizado em mulheres coreanas mostrou que a duração média da amamentação de 11 a 12 meses reduziu o risco de câncer de mama em 54% em comparação com a duração da amamentação de 1 a 4 meses (KIM et al., 2007).

Outro estudo de caso controle realizado na Califórnia, mostrou que o menor risco de câncer de ovário entre mulheres que amamentaram se dá para todos os tipos de tumores epiteliais de ovário, exceto os invasivos mucinosos (TUNG et al., 2003). Em um hospital Japonês um estudo de caso controle envolvendo 155 mulheres com câncer de endométrio e 96 controles encontrou um maior risco deste câncer entre aquelas múltiparas que nunca haviam amamentado (OKAMURA et al., 2006).

A amamentação pode auxiliar na redução do peso adquirido durante a gestação, o organismo utiliza toda a energia necessária para produção de leite materno das reservas energéticas da mãe, se a amamentação for exclusiva toda a demanda energética do bebê virá do leite materno, assim sendo é necessária uma produção maior de leite utilizando mais substratos da mãe, auxiliando em uma redução de peso mais rápida. Ao interromper o ato de amamentar as calorias que seriam gastas ficam armazenadas, conservando o peso ganho na gestação por mais tempo (GIUGLIANI 2000; MARTINS, SANTANA, 2013).

Aos seis meses de idade a criança deve iniciar a introdução da alimentação complementar, dando continuidade ao AM até os dois anos ou mais. Neste momento o

organismo da criança já está com maturidade para receber alimentos líquidos e sólidos que não sejam o leite materno (MARTINS, SANTANA, 2013).

### **6.1.2 Importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês**

O leite materno contém inúmeros fatores que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas previveis, e que poderia ser salvo 1,47 milhões de vidas por ano se a recomendação de aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado por dois anos fosse cumprida (VICTORA et al., 2016).

O aleitamento materno exclusivo poderia evitar 55% das mortes por doença diarreica e 53% das causadas por infecção do trato respiratório inferior em crianças de 0 aos 06 meses, 20% e 18% de 07 aos 12 meses, respectivamente, e 20% de todas as causas de morte no segundo ano de vida (BRASIL, 2015).

É importante ressaltar que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui com a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém constante nos primeiros dois anos de vida. Reforçando a importância do aleitamento materno até os 02 anos de idade (BRASIL, 2015).

Em estudos realizados na cidade de Pelotas (RS) com 357 crianças e 714 controles mostrou que, as crianças que não recebiam leite materno e eram alimentadas com fórmula infantil ou leite de vaca exclusivamente tiveram uma chance de 16,3 e 11,6 vezes maior de morrer por diarreia, respectivamente. Também 3,3 vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com as crianças em aleitamento materno que não recebiam outro tipo de leite. (VICTORA et al., 1987).

Em países mais desenvolvidos o AM previne mortes infantis. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que o AM poderia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um ano (CHEN ROGAN, 2004). Segundo a OMS no ano de 2000 foi comprovado que bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior (OMS, 2000; BRASIL, 2015).

Em 2009 o MS publicou uma pesquisa sobre a situação da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, analisando os indicadores de evolução entre os anos de 1999 e 2008 nas capitais Brasileiras e DF. A pesquisa mostrou Belém como a capital com maior prevalência no AME, 56,1% das crianças receberam AME até os seis meses de idade, Cuiabá foi a capital com a menor prevalência, 27,1%. Na região Sul,

Florianópolis apresentou índice de 52,4% de crianças com AME até os seis meses e Porto Alegre somente 38,2% (BRASIL, 2009).

## 6.2 INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS

A partir do sexto mês a maioria dos lactentes atingiu o estágio de desenvolvimento com maturidade fisiológica, neurológica e atenuação do reflexo de protrusão da língua que possibilitam a introdução de alimentos semissólidos. Também nesta idade o trato gastrointestinal já está produzindo as enzimas digestivas necessárias para a digestão e absorção destes alimentos (SBP, 2012). A partir desta idade o volume de leite ingerido é insuficiente, não sendo possível suprir adequadamente as necessidades energético-proteicas e em micronutrientes (GUERRA, 2012).

A diversificação da alimentação neste período é importante para suprir as necessidades nutricionais de macro e micronutrientes e para uma boa transição entre o AM e a alimentação familiar (GUERRA, 2012).

A diversidade de alimentos com diferentes sabores e texturas fará com que a criança crie hábitos alimentares saudáveis. Para facilitar a aceitação dos novos alimentos, as crianças devem ser expostas a diferentes tipos de alimentos com frequência a partir dos seis meses (GUERRA, 2012).

Neste momento é importante iniciar a oferta de água potável, com a introdução dos alimentos há o consumo de proteína e sais, aumentando os solutos, assim o organismo do lactente necessita de água para auxiliar os rins em seus processos metabólicos (SBP, 2012).

Retardar a introdução de alimentos complementares não protege a criança do desenvolvimento de doenças alérgicas, podendo mesmo aumentar este risco (SBP, 2012).

Devem-se evitar alimentos industrializados pré-prontos, refrigerantes, café, chás e embutidos, entre outros. A oferta de água de coco (como substituta da água) também não é aconselhável por conter sódio e potássio. No primeiro ano de vida não se recomenda o uso de mel, nessa faixa etária, os esporos do *Clostridium botulinum presentes no mel*, são capazes de produzir toxinas na luz intestinal, podem causar botulismo na criança (SBP, 2012).

O Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (MS/OPAS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram, para crianças menores de 02 anos, dez passos para a alimentação saudável (SBP, 2012).

**Passo 1** – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

**Passo 2** – A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros Alimentos, mantendo-se o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

**Passo 3** – Após os 6 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 deverá 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 com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

**Passo 6** – Oferecer à criança diferentes alimentos todos os dias. Uma alimentação variada é, também, 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 armazenamento e conservação adequados.

**Passo 10** – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo a alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação” (BRASIL, 2013, p. 12-32).

### 6.2.1 Introdução Precoce dos Alimentos

A introdução precoce da alimentação complementar pode ser precursora de muitas complicações nutricionais, o estado nutricional da criança pode ser prejudicado pois seu trato gastrointestinal não está preparado para receber outro alimento que não seja o leite materno, não absorvendo os nutrientes necessários e causando alterações em sua microbiota, afetando seu desenvolvimento adequado (SCHINCAGLIA et al., 2015).

A introdução precoce da alimentação complementar pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo idade materna (mães jovens), baixa escolaridade, ocupação no lar, baixa renda, ausência de companheiro, gestante fumante/ou etilista, não realização de pré-natal, baixo peso ao nascer e uso de mamadeiras e chupetas (SCHINCAGLIA et al., 2015).

Culturalmente mães acreditam que chá, água, leite e sucos são complementos ao leite materno. Mas a introdução precoce de alguns destes alimentos como o leite de vaca podem desencadear processos alérgicos, pela prematura exposição à proteína do leite que o trato gastrointestinal da criança ainda é prematuro para quebra-la, assim causando associações a riscos de diabetes tipo I e doenças atópicas como asma. Também a introdução de grande variedade de alimentos sólidos por volta de 3 a 4 meses de vida parece elevar o risco de eczema atópico e de alergia alimentar. Além disso, a

introdução precoce de alimentos contribui para uma redução significativa da absorção de ferro, presente no leite materno, podendo levar a anemia (SBP, 2012; BRASIL, 2009).

Segundo estudo realizado em Goiânia com 362 crianças, 19,1% já recebiam água ao final do primeiro mês de vida e 32,6% recebiam chá no mesmo período. Ao sexto mês 55,7% recebiam comida de sal, 57,2% frutas e 67,1% sucos. Em relação ao AM ao sexto mês somente 4,7% das crianças estavam em AME (SCHINCAGLIA et al., 2015).

O Guia alimentar para crianças menores de dois anos publicado em 2002 pelo Ministério da Saúde (MS), recomenda que os alimentos complementares sejam oferecidos após os seis meses de vida da criança, quando a criança já possui maturidade fisiológica para mastigar, deglutir e digerir. E continua sendo evidenciada em guias mais atuais como o Caderno 23 e o Manual de Nutrologia da SBP (BRASIL, 2015; SBP, 2012).

## **7 JUSTIFICATIVA**

A importância do AME até o sexto mês e a correta introdução alimentar a partir desta idade com a manutenção do AM até os dois anos de idade só trás benefícios a saúde da mãe e da criança.

Programas de prevenção à saúde são muito importantes para as políticas públicas, são medidas de proteção à saúde da população e conseqüente redução de custos para o estado.

Através deste estudo temos o objetivo de verificar o tempo do aleitamento exclusivo e como está ocorrendo a introdução dos alimentos das crianças do município de Gramado - RS.

Os resultados desta pesquisa poderiam auxiliar na avaliação da efetividade bem como contribuir na melhoria de programas já implantados na cidade, como é o caso do Programa Amamenta Gramado, o qual conta com uma equipe multidisciplinar que atua nas Unidades Básicas de Saúde orientando e auxiliando as mães quanto a amamentação. Desta forma o presente trabalho poderia auxiliar na avaliação da efetividade bem como contribuir na melhoria de programas já implantados na cidade.

## **8 METODOLOGIA**

### **8.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal, analítico quantitativo.

## 8.2 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população do estudo será formada por mães de crianças de até um ano de idade, usuárias dos serviços das UBS do município de Gramado - RS.

Gramado é um município localizado a 115km da capital do estado, Porto Alegre. Possui 34.655 mil habitantes e em 2016 a taxa de nascidos vivos foi de 779. Conta com nove UBSs localizadas em bairros da cidade, que atendem em torno de 22,5 mil habitantes. As consultas com os pediatras ocorrem cinco vezes na semana e o acompanhamento de crianças de até um ano de idade ocorre mensalmente.

A amostra será composta por demanda espontânea, serão convidadas a participar do estudo todas as mães que se enquadrarem nos critérios de inclusão durante o período de março a abril de 2018.

O cálculo amostral foi baseado na pesquisa “Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia.” (SCHINCAGLIA, 2015). Levando em consideração que o item com menor percentual de introdução precoce de alimentos ocorreu em 30% da população pesquisada. Considerou-se uma margem de erro de 20% desse valor e um nível de significância de 5%, chegando ao número de 224 crianças, o qual foi arredondado para 250 crianças, levando em consideração possíveis perdas e/ou recusas de participação. O cálculo amostral foi realizado no programa do Laboratório de Epidemiologia e Estatística – LEE - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Disponível em: [http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/di\\_1\\_pro\\_est.html](http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/di_1_pro_est.html)

### 8.2.1 Critérios de Inclusão

Mães de crianças de até 12 meses de idade que estão realizando acompanhamento mensal nas UBSs do município de Gramado – RS.

Indivíduos que aceitem participar da pesquisa e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 8.2.2 Critérios de Exclusão

Serão excluídas mães cujas crianças sejam portadoras de síndrome ou que necessitam de dietas especiais por via oral ou enteral.

Crianças cujas mães apresentem contraindicação de aleitamento materno.

Crianças adotadas.

### 8.3 COLETA DE DADOS

Através de um questionário serão coletadas variáveis sócio demográficas da mãe, incluindo idade, etnia, situação conjugal, profissão, escolaridade, renda familiar. Outro questionário será aplicado contemplando dados sobre a gestação, pós-parto e práticas alimentares até o sexto mês de vida da criança, como doenças pregressas e na gestação, tabagismo, uso de drogas, número de consultas pré-natal, número de filhos, tipo de parto, se recebeu orientações sobre AM, qual a duração do AME, predominante e parcial, idade da introdução de alimentação complementar, alimentos oferecidos antes do sexto mês do bebê. Quanto ao bebê serão verificados na carteirinha da criança dados como peso e comprimento ao nascer, sexo, semanas gestacionais no nascimento, Apgar.

As entrevistas terão duração de 20 minutos em média e as mães serão informadas sobre esse tempo.

### 8.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados serão digitados no programa Excel® 2013, com dupla digitação. Será realizada uma análise descritiva entre as amostras. Os dados serão apresentados por meio de números absolutos e frequência, e também por média e desvio padrão. As estimativas de razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% serão obtidas por regressão de Poisson. As análises serão realizadas no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Os resultados serão considerados estatisticamente significativos quando apresentarem o valor de p menor ou igual a 0,05.

### 8.5 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo do presente estudo será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, RS, Brasil. O projeto de pesquisa foi elaborado em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução número 466, de 2012.

Todos participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A pesquisa apresenta riscos mínimos. Um certo desconforto poderá ser criado pelo tempo disponibilizado pelas mães para responder a entrevista, em torno de 20 minutos. Outro risco possível seria a quebra a confidencialidade dos dados. Provavelmente não haverá benefícios para os participantes da pesquisa porém, eles contribuirão para o aumento do conhecimento sobre o assunto.

## 9 ORÇAMENTO

Produto	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
Folha A4	500 und	0,05	25,00
Caneta	10 und	1,35	13,50
Prancheta	4 unid	3,89	15,56
Impressão	500und	0,25	125,00
Transporte	100 passagens	3,70	370,00
<b>Total</b>			<b>R\$ 549,06</b>

Todas as despesas geradas pela pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora responsável.

## 10 CRONOGRAMA

ITEM \ MÊS	MÊS									
	Ago/2017	Set/2017	Out/2017	Nov/2017	Dez/2017	Mar/2018	Abr/2018	Mai/2018	Jun/2018	Jul/2018
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto	X	X	X	X						
Entrega do Projeto					X					
Apresentação do Projeto					X					
Submissão ao Comitê de Ética					X					
Coleta de dados						X	X			
Análise de Dados							X	X		
Redação Artigo								X	X	

Apresentação do TCC II										X
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** Departamento de Nutrologia. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

\_\_\_\_\_. WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices:** conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA.

AMORIM, Amanda R.; RÖSSNER, Stephan; NEOVIUS, Martin; LOURENÇO, Paulo M.; LINNÉ, Yvonne. **Does Excess Pregnancy Weight Gain Constitute a Major Risk for Increasing Long-term BMI?** OBESITY, vol. 15, n. 5, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica, n. 23.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** 2. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GIUGLIANI, Elsa R. J. **O aleitamento materno na prática clínica.** Jornal de Pediatria, vol. 76, n. 3, p. S238-S252, 2000.

GUERRA, António; RÉGO, Carla; SILVA, Diana; FERREIRA, Gonçalo Cordeiro; MANSILHA, Helena; ANTUNES, Henedina; FERREIRA, Ricardo. **Alimentação e nutrição do lactente.** Acta Pediatr Port, vol. 43, n. 2, p. S17-S40, 2012.

KIM, Youngjun; GENTRY, Matthew S.; HARRIS, Thurl E.; WILEY, Sandra E.; LAWRENCE JR, John C.; DIXON, Jack E. **A conserved phosphatase cascade that regulates nuclear membrane biogenesis.** Proc Natl Acad Sci U S A, vol. 104, n. 16, p. 6596-601, 2007.

MARTINS, Maria Zilda Oliveira; SANTANA, Licia Santos. **Benefícios da amamentação para saúde materna.** Interfaces Científicas Saúde e Ambiente. Aracaju, vol. 1, n. 3, p. 87-97, 2013.

OKAMURA, Chikako; TSUBONO, Yoshitaka; ITO, Kiyoshi; NIIKURA, Hitoshi; TAKANO, Tadao; NAGASE, Satoru; YOSHINAGA, Kohsuke; TERADA, Yukihiko; MURAKAMI, Takashi; SATO, Shinji; AOKI, Daisuke; JOBO, Toshiko; OKAMURA, Kunihiro; YAEHASHI, Nobuo. **Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study.** Tohoku J Exp Med, vol. 208, n. 2, p. 109-15, 2006.

SCHINCAGLIA, Raquel Machado; OLIVEIRA, Amanda Cristine de; SOUSA, Lucilene Maria de; MARTINS, Karine Anusca. **Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, vol. 24, n. 3, p. 465-474, 2015.

SOUZA, Julia Beatriz de Paiva Guimarães; MENDES, Larissa Loures; BINOTI, Mirella Lima. **Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de juiz de fora – MG.** Rev. APS, vol. 19, n. 1, p. 67-76, 2016.

TUNG, Ko-Hui; GOODMAN, Marc T.; WU, Anna H.; MCDUFFIE, Katharine; WILKENS, Lynne R.; KOLONEL, Laurence N.; NOMURA, Abraham M. Y.; TERADA, Keith Y.; CARNEY, Michael E.; SOBIN, Leslie H. **Reproductive Factors and Epithelial Ovarian Cancer Risk by Histologic Type: A Multiethnic Case-Control Study.** Am J Epidemiol, vol. 158, n. 7, p. 629-638, 2003.

VICTORA, Cesar G.; BARROS, Aluísio J. D.; FRANÇA, Giovanni V. A.; BAHL, Rajiv; ROLLINS, Nigel C.; HORTON, Susan; KRASEVEC, Julia; MURCH, Simon; SANKAR, Mari Jeeva; WALKER, Neff. **Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, vol. 2, n. 1, p. 1-24, 2016.

VICTORA, Cesar G.; SMITH, Peter G.; VAUGHAN, J. Patrick; NOBRE, Leticia C.; LOMBARDI, Cintia; TEIXEIRA, Ana Maria B.; FUCHS, Sandra M. C.; MOREIRA, Leila B.; GIGANTE, Luciana P.; BARROS, Fernando C. **Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil.** The Lancet, vol. 8, n. 2, p. 319-322, 1987.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: *Práticas Alimentares de Crianças Menores de Seis Meses Residentes no Município de Gramado - RS*, que está sendo realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Gramado - RS. Se você aceitar participar do estudo, serão aplicados questionários sobre a alimentação de seu (a) filho (a) até os seis meses de idade e sobre aspectos sociais como seu estado civil, escolaridade, número de filhos e renda. A participação no estudo provavelmente não trará benefícios diretos a você e seu (a) filho (a), mas estará contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto.

A duração total da aplicação dos questionários será em torno de 20 minutos, o que poderá causar algum desconforto pelo seu tempo disponibilizado para responder as questões. Serão fornecidos esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto e no momento que desejar. Você é livre para optar por não participar desse estudo, retirar seu consentimento ou interromper a participação do mesmo a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou interferência no seu acompanhamento ou de seu (a) filho (a) na Unidade Básica de Saúde. Os dados coletados serão divulgados em conjunto, sem que apareça o nome dos participantes do estudo. Ou seja, o seu nome e de seu (a) filho (a) não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, mesmo com todo cuidado há um risco de quebra de confidencialidade dos dados. A participação no estudo não envolve custos ou remuneração.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo na Universidade de Caxias do Sul - UCS, Professora Ma. Juliana Zortéa, no Bloco 57, pelo telefone (54) 3218 2100 ou com Silvana Cristina de Lima da Silva (54) 9 99406903. Também poderá ser contatado o Comitê de Ética em Pesquisa da UCS, Bloco M, sala 106, telefone (54) 3218 2829, de segunda a sexta, das 8h às 11:30h e das 13:30h às 18h.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. Assim, aceito participar como voluntário desse estudo.

Declaro que recebi uma via do presente Termo de Consentimento, a segunda via ficará em posse do pesquisador responsável.

Nome do Responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Data:



Me diga se o seu filho (a) comeu os seguintes alimentos antes dos 6 meses de idade e se sim com que idade foi ofertado:									
30	Frutas		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
31	Iogurte		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
33	Sopa de Legumes		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
34	Arroz, polenta, macarrão		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
35	Purê de batata		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
36	Feijão ou lentilha		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
37	Carne de gado		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
38	Carne de frango		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
39	Carne de suíno		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
40	Peixe		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
41	Fígado		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
42	Amendoim		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
43	Ovo de galinha		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
44	Pirulito, balas		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
45	Bolacha rechada		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
46	Salgadinho de pacote		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
47	Macarrão Instantâneo		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
48	Embutidos (salame, salsicha, presunto, mortadela, patê)		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
49	Refrigerante		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
50	Suco de fruta Natural		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
51	Suco de pó		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
52	Verduras de folhas		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
53	Vegetais\legumes		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
54	Mel		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
55	Café		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
56	Achocolatado		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
57	Mucilon/Farinha Láctea		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
58	Açúcar		(1) Sim	(2) Não	Idade:				
Solicitar a Carteirinha da Criança para Coletar os Dados abaixo									
	Nome da Criança:								
59	Sexo (1) feminino (2) Masculino							SexCca	
60	Peso ao Nascer: _____							PesNas	
61	Comprimento ao Nascer: _____							ComNas	
62	Apgar: _____							Apgar	
63	Semanas Gestacionais ao Nascimento: _____							Termo	
64	Peso Atual: _____							PesAtu	
65	Comprimento Atual: _____							ComAtu	

## Práticas alimentares de crianças menores de seis meses de uma cidade da Serra Gaúcha.

Práticas alimentares de lactentes

Silvana C. L. da Silva;<sup>a</sup> Simone Bonetto;<sup>b</sup> Juliana Zortéa<sup>c</sup>

a. Autor correspondente: sclimanutri@gmail.com; Fone: 54 999406903; Elaboração do artigo, coleta de dados.

b. sbonato1@ucs.com; Análise estatística.

c. Autor responsável: jzorteia1@ucs.com; Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 CEP 95070-560 - Caxias do Sul, Fone: +55 54 3218-2100; Elaboração e aprovação do artigo.

### Conflito de interesse

Declaro que não há conflito de interesse.

### Contagem de palavras e tabelas

3061 palavras no texto principal e 2 tabelas.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a introdução precoce de alimentos em crianças menores de seis meses usuários das Unidades Básicas de Saúde de um município da serra gaúcha. **Método:** Estudo transversal, analítico e quantitativo. A amostra foi formada mães e responsáveis de crianças até 24 meses de idade usuárias das Unidades básicas de Saúde da cidade de Gramado(RS), durante espera pelo atendimento pediátrico ou outro serviço. Foi aplicado teste de Qui- Quadrado de Pearson. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando apresentado o valor de p menor ou igual a 0,05. **Resultados:** Foram entrevistadas 241 mães ou responsáveis. A introdução alimentar precoce foi de 51,9% na amostra, introduziram leite de vaca 13,7%, a fruta foi o alimento mais consumido 41,5%, comida de sal teve uma mediana de 4 meses de idade, chá e água foram consumidos por  $\pm 25\%$  das crianças. Apresentou associação com práticas alimentares não adequadas para crianças menores de seis meses ( $p < 0.05$ ) o uso de chupeta e a variável responsáveis que declararam receber orientação sobre introdução alimentar. **Conclusão:** Das crianças menores de seis meses usuárias das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Gramado (RS) 51,9% receberam introdução alimentar antes do sexto mês de vida e 13,7% leite de vaca. A Organização Mundial da Saúde preconiza a introdução alimentar aos seis meses de idade. As variáveis relacionadas negativamente a estes resultados estão associadas à assistência materno-infantil, sendo passíveis de intervenção.

**Palavras chaves:** Aleitamento materno, alimentação complementar, lactente, estudos transversais.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO)<sup>1</sup> e o Ministério da Saúde (MS),<sup>6</sup> é recomendado o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida. A partir desse período está indicada a introdução da alimentação complementar e deve-se estimular a manutenção do aleitamento materno até os 02 anos de idade ou mais.<sup>1,6</sup> O leite materno possui propriedades anti-infecciosas, através de substâncias imunoreguladoras e microrganismos que fazem parte da formação da microbiota intestinal da criança, as quais agem contra infecções, ocasionando menos mortes entre as crianças amamentadas.<sup>3</sup> O aleitamento materno configura-se como elemento essencial para garantir o crescimento e o desenvolvimento psicológico e motor adequados, atender as necessidades nutricionais da criança, propiciar fatores de promoção e proteção para a saúde materno-infantil, reduzir a morbimortalidade na primeira infância, aumentar o vínculo afetivo e reduzir o dispêndio financeiro. Quando a amamentação é realizada na primeira hora após o parto, pode diminuir consideravelmente os riscos de mortes neonatais, o que representa um indicador de excelência dessa prática.<sup>4</sup> Estima-se que o AM poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis, sendo que poderia ser salvo 1,47 milhão de vidas por ano se a recomendação da WHO fosse cumprida.<sup>5</sup>

Antes dos seis meses de idade a criança ainda não tem maturidade fisiológica para mastigar, deglutir e digerir, a introdução precoce da alimentação complementar pode causar diversas complicações nutricionais à criança, seu trato gastrointestinal não está pronto para receber estes alimentos e fazer sua digestão, alterando a microbiota e prejudicando a absorção de alguns nutrientes, como o ferro, do leite materno.<sup>4, 6, 2</sup> A partir do sexto mês de vida a maioria dos lactentes atingiu o estágio de desenvolvimento com maturidade fisiológica, neurológica e atenuação do reflexo de protrusão da língua que possibilitam a introdução de alimentos semissólidos. Também nesta idade o trato gastrointestinal já está produzindo as enzimas digestivas necessárias para a digestão e absorção destes alimentos.<sup>2</sup> Neste estágio de vida o volume de leite ingerido é insuficiente, não sendo possível suprir adequadamente as necessidades energético-proteicas e em micronutrientes, sendo a hora certa para iniciar a introdução alimentar.

Cientes da importância do AME até os dois anos de idade e da correta introdução alimentar aos seis meses, sabemos que são através de programas de prevenção à saúde e políticas públicas que estas práticas serão asseguradas podendo manter estas medidas de

proteção à saúde da população e consequente redução de custos para o estado. O objetivo deste trabalho foi analisar introdução precoce de alimentos em crianças menores de seis meses usuários das Unidades Básicas de Saúde do Município de Gramado – RS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, analítico quantitativo. A população do estudo foi formada por mães ou responsáveis de crianças de até 24 meses de idade que foram ao atendimento pediátrico, vacinação ou outros serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Gramado – RS e aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mães ou responsáveis cujas crianças eram portadoras de síndrome ou que necessitavam de dietas especiais por via oral ou enteral.

Gramado é um município localizado a 115km da capital do estado, Porto Alegre. Possui 34,65 mil habitantes e em 2016 a taxa de nascidos vivos foi de 779. Conta com nove UBS localizadas em bairros da cidade, que atendem em torno de 22,5 mil habitantes. As consultas com os pediatras ocorrem cinco vezes na semana e o acompanhamento de crianças de até dois anos de idade ocorre mensalmente.

As entrevistas foram realizadas nas cinco UBS que no momento da pesquisa possuíam agenda de atendimento pediátrico semanalmente. Durante a espera pelo atendimento médico ou outro serviço, a equipe de pesquisa apresentava o estudo e convidava as mães a participar. As entrevistas foram realizadas na sala de espera ou em consultórios cedidos pela UBS após a assinatura do TCLE.

O cálculo amostral foi baseado no estudo de Schincaglia (2015),<sup>4</sup> considerou-se uma margem de erro de 20% desse valor e um nível de significância de 5%, chegando ao número de 224 crianças. O cálculo amostral foi realizado no programa do Laboratório de Epidemiologia e Estatística – LEE - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Através de um questionário foram coletadas variáveis sócio demográficas da mãe ou responsável, incluindo idade, etnia, situação conjugal, escolaridade, renda familiar. Além de questões contemplando dados sobre a gestação, parto e práticas alimentares até o sexto mês de vida da criança como: tabagismo, número de consultas pré-natal, número de filhos, tipo de parto, se recebeu orientações sobre AM, qual a duração do AME, predominante ou misto, alimentos oferecidos antes do sexto mês do bebê.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, RS sob o parecer número 2.503.148 e CAAAE 80893917.1.0000.5341.

Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Foi realizada conferência dos dados por amostragem aleatória com cerca de 20% dos questionários. Foi realizada uma análise descritiva entre as amostras. Os dados foram apresentados por meio de números absolutos e frequência, e também por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. Para variáveis categóricas foi aplicado o teste de Qui Quadrado de *Pearson*. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando apresentado o valor de p menor ou igual a 0,05.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 241 responsáveis, no período de fevereiro a maio de 2018. A média de idade foi de  $28,52 \pm 7,87$  anos, com escolaridade média de  $10,52 \pm 2,9$  anos. Declararam-se de cor branca 81,3%, 82,6% tinham companheiro e 11,2% eram fumantes. A renda per capita foi de até um salário mínimo em 76,3% das famílias, moravam na casa em média 4 pessoas. A mediada da idade das crianças foi de 4 meses.

Sobre as mães, 43,2% eram primigestas, 98,8% tiveram atendimento pré-natal e 26,8% contaram com atendimento nutricional, sendo que todas declararam ter recebido o atendimento nutricional por apresentarem alguma patologia durante a gestação. Receberam orientação sobre aleitamento materno 72,4% das mães predominando o médico como o profissional que orientou. O parto normal ocorreu em 24,5% dos casos e 79,3% das crianças receberam AM na primeira hora de vida (Tabela 1).

Estavam em AM 65,1% crianças no momento da pesquisa, 35,7% em AME, sendo que as que haviam recebido outro tipo de leite tiveram uma mediana de 2,5 meses de AME. Aproximadamente 50% das crianças faziam uso de fórmula infantil.

Das 83 (34,4%) crianças que não estavam em aleitamento materno 47,5% referiram ter parado a amamentação pelo motivo leite insuficiente, 15% a criança não queria mais, 12,5% mãe voltou ao trabalho, 11,3% mãe ficou doente, 6,3% problemas no seio e 7,6% outros motivos.

Foram consideradas práticas alimentares não adequadas o consumo de leite de vaca e introdução alimentar antes de 06 meses de idade, 13,7% das crianças receberam leite de vaca

e 51,9% introdução alimentar antes do sexto mês de idade. A fruta foi o alimento com maior prevalência sendo consumida por 41,5% da amostra. A comida de sal foi introduzida em sua maioria aos 4 meses de idade (4-5), o chá e a água foram consumidos por em torno de 25% das crianças, 32,2% tomaram o chá com menos de 30 dias de vida. O ovo foi o alimento com introdução mais tardia, a idade mediana foi 05 meses. Os alimentos industrializados apresentaram uma introdução bem menor que os alimentos *in natura*, 10,4% das crianças consumiram o iogurte, 6,2% cereais e farinha láctea, 2,1% salgadinho e refrigerante e 1,2% achocolatado, o suco em pó foi consumido por 4,1% crianças (Tabela 2).

O uso de chupeta ocorreu em 52% das crianças, sendo que a mediana de idade do uso foi < 30 dias de vida. O uso de chupeta apresentou associação com práticas alimentares não adequadas, 41,4% ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

Os responsáveis que declararam ter recebido orientação sobre introdução alimentar curiosamente apresentaram práticas alimentares inadequadas (44,2%) quando comparados aos que não receberam (24,7%) ( $p = 0,001$ ).

Houve uma tendência entre hábito de fumar e práticas inadequadas ( $p = 0,074$ ), bem como não ser primigesta ( $p = 0,08$ ).

## DISCUSSÃO

Estavam em AME no momento da pesquisa 35,7% das crianças, resultado menor que os encontrados na IIPPAM de 2009 onde em Porto Alegre a prevalência era de 38,2%, Florianópolis 52,4% e Curitiba 46,1%. Cuiabá foi a única capital que ficou com o índice menor 27,1%. Se analisarmos a mediana da duração AME, Gramado teve uma mediana de aproximadamente 75 dias resultado maior que a mediana das capitais brasileiras<sup>7</sup> que foi de 54,11 dias, Porto Alegre<sup>7</sup> 51,84 dias. Belém<sup>7</sup> a melhor mediana entre as Capitais brasileiras teve um índice superior 88,85 dias. O número de crianças do presente estudo em AME até os seis meses foi menor que os encontrados na IIPPAM<sup>7</sup>, mas o tempo que estas crianças ficaram em AME foi maior que a mediana nacional.<sup>7</sup>

Em relação ao AM na primeira hora de vida Gramado teve um índice de 79,3% resultado superior à mediana nacional das capitais que foi de 67,7% ficando inferior somente as Capitais de São Luiz, MA<sup>7</sup> 83,3% e 79,6% Teresina, PI.<sup>7</sup> Porto Alegre, RS<sup>7</sup> 71,9%. O AM na primeira hora ao nascer aumenta o vínculo mãe-filho e reduz consideravelmente a morbimortalidade infantil, constituindo para a promoção da saúde das crianças, é um

indicador de excelência para esta prática.<sup>4</sup> Segundo os parâmetros propostos pela WHO, os resultados da presente pesquisa teriam uma classificação “Boa” em relação ao AM na primeira hora ao nascer (50% a 89%) onde “muito boa” seria acima de 90%.<sup>7</sup>

Os resultados encontrados neste estudo para crianças de 0 a 24 meses em AM durante a pesquisa foi de 65,4% com uma mediana de 210 dias, relacionando estes resultados com a IIPPAM,<sup>7</sup> podemos afirmar que Gramado está dentro dos parâmetros da mediana nacional, 180 dias 77,6% e 270 63,4% das crianças estavam em AM.<sup>7</sup> Para o uso de leite não humano antes do sexto mês o índice do presente estudo foi de 76,7%, estudo realizado na cidade de Guarapuava, PR<sup>8</sup> com 932 crianças com idade até um ano em 2012 teve um índice de 70,4% de introdução de fórmula infantil antes do sexto mês de vida, com uma diferença de 6% em relação a Gramado/RS, contrariando o MS e WHO que preconizam AME até o sexto mês.<sup>8, 6, 1</sup>

Acredita-se que os bons resultados quanto a prevalência de AM e AM na primeira hora de vida sejam resultam do trabalho desenvolvido pela equipe interdisciplinar, iniciando pelo atendimento na maternidade seguido nas UBS do município e a positiva influência do projeto Amamenta Gramado.<sup>23</sup> Os resultados do índice de AME apresentaram uma maior preocupação, podem ser um reflexo ao baixo índice de consultas pré-natal com a equipe de nutrição, onde somente as gestantes de risco fazem acompanhamento nutricional.

O uso de chupeta mostrou-se um fator de risco para a introdução alimentar precoce, estando associado também ao desmame precoce, estudos anteriores mostraram que o uso de chupeta dobrou a prevalência da interrupção AME no primeiro semestre de vida em Bauru, SP ( $p < 0,01$ )<sup>9</sup> e aumentou a prevalência dessa interrupção em 69% em Joinville, SC,<sup>10, 11</sup> crianças que usaram chupeta tiveram duas, três e quatro vezes, sucessivamente, menos chance de mamarem exclusivamente em Londrina, PR,<sup>12, 11</sup> Cuiabá, MT<sup>13, 11</sup> e Pelotas, RS<sup>14, 11</sup>. O uso de chupeta é um hábito cultural bastante difundido entre as crianças brasileiras. É prejudicial à amamentação por reduzir a frequência das mamadas, diminuindo a produção de leite materno acarretando a impressão que o leite é fraco ou insuficiente para a criança, induzindo a introdução alimentar precoce.

Quanto ao hábito de fumar materno, houve uma prevalência maior nas práticas alimentares não recomendadas em crianças que as mães eram fumantes. A Academia Americana de Pediatria-Comitê de Drogas,<sup>15</sup> desde 2008, afirma que a lactante fumante tem diminuição da secreção láctea e aumento de incidência de doenças respiratórias, tanto nela quanto na criança. Estudo anterior realizado na Cidade de Goiânia-GO<sup>4</sup> com 362 crianças

afirmou esta hipótese ( $p < 0,007$ ) na relação mães fumantes e introdução alimentar precoce (IAP).

Neste mesmo estudo realizado em Goiânia,<sup>4</sup> também se encontrou relação entre a IAP em crianças menores de seis meses de vida e mães multíparas ( $p < 0,006$ ), no presente estudo a IAP foi maior em mães multíparas em relação à primigesta, diferente de outros estudos onde a prevalência foi maior com as mães primigesta, onde sugerem que a experiência prévia de serem mães influencia positivamente na decisão de amamentar e sua qualidade. Mas é importante ressaltar que existe todo um contexto que deve ser discutido, como condição socioeconômica, cultural e familiar onde muitas outras variáveis estão incluídas.<sup>16, 18,19</sup>

A variável orientação sobre introdução alimentar apresentou curiosamente práticas alimentares inadequadas (44,2%) quando comparados aos que não receberam (24,7%) ( $p = 0,001$ ). Acredita-se que a introdução precoce dos alimentos esteja associada ao tempo de licença maternidade da mãe que é de quatro meses, tempo igual a mediana da introdução alimentar das crianças estudadas. Com o fim da licença maternidade a mãe retorna ao trabalho e a criança é iniciada na escola infantil que habitualmente inicia a introdução alimentar assim que a criança inicia no local, geralmente aos 4 meses. Conhecedor desta prática o profissional da saúde, quando a mãe informa que a criança irá para a escola infantil, inicia as orientações da introdução alimentar, para que a mãe possa fazê-la corretamente. A introdução precoce dos alimentos influencia negativamente na duração do AM, podendo causar diversas complicações nutricionais à criança, seu trato gastrointestinal não está pronto para receber estes alimentos e fazer sua digestão, alterando a microbiota e prejudicando a absorção de alguns nutrientes, como o ferro, do leite materno.<sup>4, 6,2</sup>

No presente estudo a prevalência de IAP foi de 51,9% das crianças com uma mediana de 04 meses, dados inferiores ao estudo realizado em Alfanas, MG<sup>19</sup> em 2008 onde o índice de IAP foi de 78% com uma mediana de 3 meses. 13,7% receberam leite de vaca, valores bem menores que o estudo realizado na cidade de Guarapuava/PR<sup>20</sup> em 2012 onde 29,6% da amostra consumiu leite de vaca antes dos 6 meses de idade. Mesmo sendo baixo o consumo do leite de vaca entre as crianças menores de 6 meses na cidade de Gramado, é um dado que deve ser observado, sabendo que o consumo do leite de vaca nesta idade é potencialmente alérgico, tem sobrecarga proteica e pode ocasionar anemia ferropriva na criança.<sup>8</sup>

Dentre os alimentos ofertados a Fruta foi o alimento mais ofertado, 41,5% das crianças que receberam IAP consumiram frutas antes do sexto mês de vida, números inferiores aos de Alfenas, MG<sup>19</sup> 42,3% e Goiânia/GO<sup>4</sup> que 62,7% , na pesquisa IPPAM<sup>7</sup> em Porto Alegre/RS<sup>7</sup> 31,8% das crianças consumiram frutas entre 03 e 06 meses de idade e a média das capitais nacionais<sup>7</sup> foi de 24,4%, índices inferiores aos encontrados neste estudo. O consumo de comida de sal iniciou aos 4 meses de idade, mesma mediana de Goiânia/GO,<sup>4</sup> diferente de Alfenas, MG<sup>19</sup> e Porto Alegre, RS<sup>7</sup> onde a introdução da comida de sal iniciou aos 3 meses. Os alimentos industrializados apresentaram uma introdução bem menor que os alimentos *in natura*, no presente estudo, o refrigerante foi consumido por 2,1% das crianças menores de 06 meses, em Porto Alegre<sup>7</sup> 1,1% das crianças entre 03 e 06 meses consumiram refrigerante antes dos 06 meses de idade e nas capitais brasileira<sup>7</sup> o índice foi de 0,5%. Mesmo sendo baixo o consumo de refrigerante pelas crianças do presente estudo é muito pertinente dar ênfase nestes números por se tratar de uma bebida açucarada e com ingredientes artificiais. Os produtos industrializados são ricos em açúcar, sal, gorduras, conservantes e ingredientes artificiais, seu consumo pode causar alergias alimentares, e doenças como obesidade, DMII, HAS e dislipidemias entre outras. As boas práticas alimentares são desenvolvidas desde a infância, por este motivo as escolhas são muito importantes desde o início da introdução alimentar para que as crianças criem o hábito de fazer as escolhas corretas no futuro.

O chá e água foram consumidos por em torno 25% das crianças que receberam IAP, destas 32,2% tomaram o chá com menos de 30 dias de vida. No presente estudo o chá foi introduzido antes da água, mas em proporção bem menor que um estudo realizado com 109 crianças entre 0 e 24 meses na UBSII do CSEM em Porto Alegre<sup>8</sup> onde 44,7% das crianças introduziram chá antes dos 06 meses. A escolha do chá pode ser devido às crenças populares em relação às propriedades terapêuticas do mesmo em combater as cólicas do lactente. A prática de complementar com líquidos não nutritivos é inadequada, pois pode levar à redução do consumo total do LM, culminando com o desmame precoce.<sup>22</sup>

Os resultados do presente estudo mostram que a introdução alimentar está sendo precoce em torno de 50% das crianças atendidas pelas UBS da cidade de Gramado. Estes resultados nos afirmam a necessidade de reforçar as ações com objetivo no aumento dos índices do AME, redução do uso de chupeta e orientações das práticas alimentares adequadas até o sexto mês de vida na cidade de Gramado. É através de programas de prevenção à saúde

e políticas públicas que estas práticas serão asseguradas podendo manter estas medidas de proteção à saúde da população e conseqüente redução de custos para o município.

Intensificar e aprimorar o Programa Amamenta Gramado e incluir consultas com a nutrição no pré-natal, onde a mãe poderá ter mais acesso as informações sobre AME e práticas alimentares adequadas no desenvolvimento da criança, são sugestões da autora deste estudo.

As limitações deste estudo foram a viés de memória da mãe ou responsável das informações sobre a introdução alimentar da criança.

## **CONCLUSÃO**

Das crianças menores de seis meses usuárias das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Gramado (RS) 51,9% recebeu introdução alimentar antes do sexto mês de vida e 13,7% da amostra recebeu leite de vaca. A Organização Mundial da Saúde preconiza a introdução alimentar aos seis meses de idade. As variáveis relacionadas negativamente a estes resultados estão associadas à assistência materno-infantil, sendo passíveis de intervenção.

## REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA.
2. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Departamento de Nutrologia. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.
3. Martins MZO, Santana LS. Benefícios da amamentação para saúde materna. **Interfaces Científicas Saúde e Ambiente**. Aracaju, 2013; 1(3): 87-97.

4. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2015; 24(3):465-474.
5. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2016; 2(1):1-24.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
8. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Vieira DG, Mello DF. Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. **Rev. paul. pediatr.** 2017 dez.; 35(4):407-414.
9. Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **J. Pediatr.** (Rio J.). 2009 jun.; 85(3):201-208.
10. Nascimento MBR, Reis MAM, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJFE. Exclusive breastfeeding in southern Brazil: prevalence and associated factors. **Breastfeed Med.** 2010; 5(2):79-85.
11. Alves ALN, Oliveira MIC, Moraes JR. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, 2013 dez.; 47(6):1130-1140.
12. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2005 jun.; 5(2):155-162.
13. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, 2007 out.; 41(5):711-718.
14. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J. Pediatr.** (Rio J.), 2006 ago.; 82(4):289-294.
15. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. **Pediatrics.** 2001 set.; 108(3):776-89.

16. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr.** 2006 set-out; 19(5):623-30.
17. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad Saúde Pública.** 2010 dez; 26(12):2343-54.
18. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **J Pediatr.** 2010 out; 86(5):441-4.
19. Arantes CIS, Oliveira MM, Vieira TCR, Beijo LA, Gradim CVC, Goyatá SLT. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr.** 2011 jun.; 24(3):421-429.
20. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Vieira DG, Mello DF. Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. **Rev. paul. pediatr.** 2017 dez.; 35(4):407-414.
21. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, 1987 ago.; 8(2):319-322.
22. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. **The Lancet**, 1991; 337(8747):929-33.
23. Gramado. Projeto de lei nº 070, 04 de agosto de 2014. **Institui a Semana Municipal de Incentivo ao Aleitamento Materno no Município de Gramado.** Prefeitura Municipal de Gramado, 04 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://gramado.rs.leg.br/uploads/materia/20308/ple%20070.14.pdf>>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica, n. 23.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** 2. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

- 27 Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, 2000; 76(3):S238-S252.
28. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H et al. Alimentação e nutrição do lactente. **Acta Pediatr Port**, 2012; 43(2):S17-S40.
29. Souza JBPG, Mendes LL, Binoti ML. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de juiz de fora – MG. **Rev. APS**, 2016; 19(1):67-76.

**Tabela 1** – Prevalência de práticas alimentares não adequadas em crianças menores de 6 meses de idade atendidas pela rede pública de saúde conforme características demográficas, socioeconômicas e nutricionais de seus cuidadores, 2018 (N= 241)

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>	<b>Prevalência de práticas alimentares não adequadas* (%)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Idade</b>			0,125
≤ 19 anos	27 (11,2)	9,1	
20 a 29 anos	112 (46,5)	30,3	
≥ 30 anos	102 (42,3)	26,6	
<b>Cor da pele</b>			0,467
Branco	195 (81,3)	54,6	
Negro	21 (8,8)	5	
Pardo	24 (10)	6,3	
<b>Tabagismo</b>			0,074
Sim	34 (14,1)	11,2	
Não	207 (85,9)	54,8	
<b>Escolaridade</b>			0,131
0 a 9 anos	61 (25,3)	19,9	
10 a 12 anos	140 (58,1)	34,9	
≥ 13 anos	40 (16,6)	11,2	
<b>Renda Familiar Per Capta</b>			0,777
0 a 1 SM**	174 (76,3)	50	
1 a 3 SM	52 (22,8)	15,8	
≥ 3 SM	2 (0,9)	0,4	
<b>Situação Marital</b>			0,124
Com companheiro	199 (82,6)	52,7	
Sem companheiro	42 (17,4)	13,3	
<b>Primigesta</b>			0,080
Sim	104 (43,2)	31,1	
Não	137 (56,8)	34,9	
<b>Fez Pré Natal</b>			0,553
Sim	238 (98,8)	64,7	
Não	3 (1,2)	1,2	
<b>Orientações AM</b>			0,25
Sim	173 (72,4)	49	
Não	66 (27,6)	16,7	
<b>Atendimento Nutricional</b>			0,749
Sim	64 (26,8)	49	
Não	175 (73,2)	16,7	
<b>Tipo de Parto</b>			0,981
Normal	59 (24,5)	16,2	
Cesárea	182 (75,5)	49,8	
<b>Orientações IA</b>			< 0,001
Sim	141 (58,8)	44,2	
Não	99 (41,3)	22,1	
<b>Usa Chupeta</b>			< 0,001
Sim	126 (52,7)	41,4	
Não	113 (47,3)	24,7	

**Tabela 2** – Alimentos consumidos por crianças menores de 6 meses de idade e mediana de idade de introdução alimentar. (N = 241)

<b>Alimento</b>	<b>N (%)</b>	<b>Idade Mediana em Meses (P25 – P75)</b>
<b><i>Alimentos In Natura</i></b>		
Fruta	100 ( 41,5% )	4 ( 4-5 )
Caldo de Feijão	70 ( 29,0 % )	4 ( 4-5 )
Sopa	65 ( 27,0 % )	4 ( 4-5 )
Purê	63 ( 26,1 % )	4 ( 4-5 )
Legumes	62 ( 25,7 % )	4 ( 4-5 )
Chá	62 ( 25,7 % )	3 ( 1-4 )
Água	58 ( 24,1 % )	4 ( 2-4 )
Suco Natural	56 ( 23,2 % )	4 ( 4-5 )
Verduras em Folha	42 ( 17,4 % )	4 ( 4-5 )
Carne de Frango	41 ( 17,0 % )	4 ( 4-5 )
Carne de Gado	39 ( 16,2 % )	4 ( 4-5 )
Arroz	37 ( 15,4 % )	4 ( 4-5 )
Massa	33 ( 13,7 % )	4 ( 4-5 )
Feijão	31 ( 12,9 % )	4 ( 4-5 )
Polenta	29 ( 12,0 % )	5 ( 4-5 )
Açúcar	25 ( 10,4 % )	4 ( 3-5 )
Ovo	17 ( 7,1 % )	5 ( 4-5 )
Carne de Peixe	06 ( 2,5 % )	4 ( 3,75-5 )
Fígado de Gado	05 ( 2,1 % )	4 ( 4-5 )
Carne Suína	05 ( 2,1 % )	5 ( 4-5 )
Café	04 ( 1,7 % )	-
Mel	7 ( 2,9 % )	4 ( 4-5 )
Amendoim	4 ( 1,7 % )	-
<b><i>Alimentos Industrializados</i></b>		
Iogurte	25 ( 10,4 % )	4 ( 4-5 )
Cereal em pó ou Farinha Láctea	15 ( 6,2 % )	4 ( 4-5 )
Suco em Pó	10 ( 4,1 % )	5 ( 4-5 )
Doces	07 ( 2,9 % )	5 ( 4-5 )
Biscoito Recheado	07 ( 2,9 % )	4 ( 4-5 )
Macarrão Instantâneo	06 ( 2,5 % )	5 ( 4-5 )
Salgadinho de Pacote	05 ( 2,1 % )	4 ( 4-5 )
Refrigerante	05 ( 2,1 % )	4,5 ( 3,75-5 )
Embutidos	03 ( 1,2 % )	-
Achocolatado	03 ( 1,2 % )	4 ( 4-4 )