UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

JAQUELINE MEDEIROS DA COSTA

PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES ACOMPANHADAS PELO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB

Cuité
2023

JAQUELINE MEDEIROS DA COSTA

PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES ACOMPANHADAS PELO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.ª Dra. Poliana de Araújo Palmeira

Coorientadora: Bela. Larissa Ferreira Tavares Nonato

Cuité

2023

C837p Costa, Jaqueline Medeiros da.

Prática de aleitamento materno, alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité - PB. / Jaqueline Medeiros da Costa. - Cuité, 2023.
72 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2023.

"Orientação: Profa. Dra. Poliana de Araújo Palmeira; Larissa Ferreira Tavares Nonato".

Referências.

1. Amamentação. 2. Nutrição do lactante. 3. Avaliação nutricional. 4. Aleitamento materno. 5. Crianças – estado nutricional. 6. Programa Criança Feliz – Cuité – PB. I. Palmeira, Poliana de Araújo. II. Nonato, Larissa Ferreira Tavares. III. Título.

CDU 618.63(043)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO BIBLIOTECÁRIO Msc. Jesiel Ferreira Gomes - CRB-15/256

JAQUELINE MEDEIROS DA COSTA

PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES ACOMPANHADAS PELO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição e Saúde Coletiva.

Aprovado em 14 de junho de 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Poliana de Araújo Palmeira
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Prof.ª Dra. Marília Ferreira Frazão Tavares de Melo
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Esp. Elisiandre Martins de Lima
Examinador

Cuité – PB
2023

Aos meus familiares, especialmente meus pais, Maria Nita e Damião, minhas irmãs Dayanna, Fabiana e Eliene e minhas tias Maria Teodósio e Tereza (*in memoriam*). E a todos aqueles que de alguma forma fizeram parte da minha trajetória

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar pelas oportunidades que me foram oferecidas ao longo da vida e por toda a força e bênçãos concedidas quando precisei. Em segundo lugar agradeço aos meus pais, Damião Avelino e Maria Nita, que sempre apoiaram a mim e minhas irmãs a seguir o caminho da educação.

As minhas irmãs, Dayanna Medeiros, Fabiana Medeiros e Eliene Medeiros, agradeço pelo apoio e paciência, sem elas não estaria aqui.

A minhas tias, especialmente tia Maria que me acolheu em sua casa durante todo o curso e minha tia Tereza, que nos deixou em 2020, mas sempre me abençoou com energias positivas e sempre torceu por mim.

A minha colega de curso Maria das Graças e a psicóloga Eliane Medeiros, foram pessoas fundamentais que me apoiaram no momento mais complicado de início de curso.

A meus colegas de turma, agradeço pelos momentos de aprendizagens, estresses e risadas que pudemos compartilhar ao longo curso. Especialmente a Iany Louise, Niellyson Nardan, Natália de Souza e Felipe Santos, agradeço também a Leticia Emanuelle e Isabela Tainá, passamos por momentos maravilhosos juntos. E tantos outros com os quais tive momentos preciosos.

A minha orientadora Poliana Palmeira, por ter acreditado no meu potencial e me orientado pelo caminho da graduação até esse momento, você é uma pessoa inspiradora. Agradeço também a minha coorientadora Larissa Ferreira, a qual desde que a conheci a vi como um exemplo a ser seguido e que com toda paciência me auxiliou durante todo o processo de escrita do TCC.

A banca examinadora Professora Dra. Marília Ferreira e a Especialista e Mestranda Elisandre Martins, obrigada por terem aceito o convite para participar deste trabalho.

Aos meus colegas do Núcleo PENSO e PET Nutrição, muito obrigada pelo acolhimento e pela partilha e por me permitir crescer enquanto ser humano e profissional.

Agradeço a toda equipe do Programa Criança Feliz, CRAS e da Assistência Social de Cuité-PB e a todas as famílias e crianças acompanhadas pelo programa que abriram suas casas para contribuir com a pesquisa. Também agradeço a toda equipe de campo, representada por Letícia, José Victor, Isadora, Izabel, Andressa e Larissa - minha coorientadora, que deu início ao projeto.

E por fim, agradeço a todos os professores e funcionários do CES-UFCG que nos proporcionam um campus com uma atmosfera agradável que nos permite estudar e evoluir profissionalmente.

“Eu sou quem eu deveria amar neste mundo

Meu eu brilhante, minha alma preciosa

Eu finalmente percebi isso, então eu me amo

Apesar de não ser perfeito, sou tão belo.”

(Epiphany - BTS)

COSTA, J. M. **Prática de aleitamento materno, alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité - PB.** 2023. 72– f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2023.

RESUMO

A alimentação e nutrição desempenham papel fundamental em todas as fases da vida, com destaque para os primeiros dois anos. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil do consumo alimentar e o estado nutricional das crianças menores de 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz - PCF no município de Cuité-PB. Foi realizada uma pesquisa transversal, analítica e descritiva através da aplicação de um questionário com 84 crianças acompanhadas pelo PCF que coletou informações do perfil socioeconômico e demográfico materno, bem como da prática do aleitamento materno (AM), perfil da alimentação complementar (AC) e estado nutricional (EN) de crianças menores de 24 meses. Para a avaliação da prática de AM e AC utilizou-se como base uma adaptação de parte dos indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde, bem como um recordatório alimentar qualitativo de 24 horas. O EN foi calculado por meio do índice de peso/idade recomendado pelo Ministério da Saúde. Das crianças estudadas, a maioria (57,1%) era do sexo feminino, com idade entre 13 e 24 meses (65,5%). Para a prática do AM, 77,4% receberam AM na primeira hora de vida, 45,2% ainda mama no peito e 50,0% não mama mais ou nunca mamou, além disso 57,4% das crianças entre 13 e 24 meses não estão mais recebendo AM, e a maior parte tem o AM interrompido entre 0 - 6 meses, com predominância no sexto mês (29,7%). Sobre a AC destaca-se que todas as crianças consomem alimentos *in natura* e 88,7% consomem processados/ultraprocessados. É possível verificar um alto consumo de água/chá para todas as faixas etárias estudadas. Destacando-se a faixa etária de 13 a 24 meses para maior consumo para todos os alimentos estudados. Sobre a relação entre o consumo de alimentos por crianças em AM e em interrupção do AM, foi possível observar que o consumo é semelhante para crianças em ambas as situações, com predominância para aquelas que não estão sendo amamentadas. Para o EN verificou-se que a maioria das crianças se encontra com peso adequado para a idade (88,1%). A partir desses resultados, enfatiza-se a necessidade de ampliação de políticas públicas que visem promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como da introdução adequada da alimentação complementar.

Palavras-chaves: Amamentação, Nutrição do Lactente, Avaliação Nutricional

COSTA, J. M. **Prática de aleitamento materno, alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité - PB.** 2023. 72–f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2023.

ABSTRACT

Food and nutrition play a fundamental role in all stages of life, with an emphasis on the first two years. The objective of this study was to evaluate the profile of food consumption and the nutritional status of children under 24 months old followed by the Criança Feliz Program-PCF in the city of Cuité-PB. A cross-sectional, analytical, and descriptive research was carried out through the application of a questionnaire with 84 children monitored by the PCF that collected information on the mother's socioeconomic and demographic profile, as well as on the practice of breastfeeding (BF), a profile of complementary feeding (CF) and status nutrition (SN) of children aged 0 to 24 months. For the evaluation of BF and CF practices, an adaptation of part of the indicators proposed by the World Health Organization was used as a basis, as well as a 24-hour qualitative food recall. SN was calculated using the weight/age index recommended by the Ministry of Health. Of the children studied, the majority (57.1%) were female, aged between 13 and 24 months (65.5%). For BF, 77.4% were breastfed in the first hour of life, 45.2% are still BF and 50.0% are no longer BF or have never breastfed, in addition to this, 57.4% of children between 13 and 24 months are no longer receiving breastfeeding, and most have breastfeeding interrupted between 0 - 6 months, with predominance in the sixth month (29.7%). Regarding CF, it is highlighted that all children consume natural foods and 88.7% consume processed/ultra-processed foods. It is possible to verify a high consumption of water/tea for all age groups studied. Highlighting the age group of 13 to 24 months of higher consumption for all foods studied. Regarding the relationship between food consumption by children in BF and in BF interruption, it was possible to observe that consumption is similar for children in both situations, with predominance for those who are not being breastfed. Regarding nutritional status, it was found that most children had adequate weight for their age (88.1%). Based on these results, it is emphasized the need to expand public policies aimed at promoting, protecting, and supporting breastfeeding, as well as the adequate introduction of complementary foods.

Keywords: Breast-feeding, Infant Nutrition, Nutrition Assessment

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Período de interrupção do aleitamento materno das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022..... 36

Figura 2 – Consumo de alimentos por crianças* acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022..... 38

Figura 3 – Relação entre o consumo de alimentos por crianças* em Aleitamento Materno (AM) e não amamentadas acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022..... 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pontos de corte segundo nível de segurança/insegurança alimentar..... 31

Tabela 2 - Características sociodemográficas das famílias das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité - PB, 2022……. 33

Tabela 3 – Características sociodemográficas e de nascimento das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022…… 34

Tabela 4 – Práticas de aleitamento materno (AM) das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022…….... 35

Tabela 5 – Práticas de alimentação complementar das crianças* acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022…….... 37

Tabela 6 – Estado nutricional* das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022..... 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Amamentação continuada
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento materno misto
AMP	Aleitamento materno predominante
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CES	Centro de Educação e Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
E/I	Estatura para Idade
EN	Estado Nutricional
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
IMC	Índice de Massa Corporal
IMC/I	IMC para Idade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCF	Programa Criança Feliz
P/E	Peso para Estatura
P/I	Peso para idade
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISVAN	Sistema Vigilância Alimentar e Nutricional
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE SÍMBOLOS

g	Grama
Kg	Quilograma

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 16

2 OBJETIVO..... 18

2.1 OBJETIVO GERAL..... 18

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 18

3 REFERENCIAL TEÓRICO..... 19

3.1 ALEITAMENTO MATERNO 19

3.2 PRÁTICA ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS…. 21

3.3 ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS NO BRASIL..... 24

3.4 PROGRAMA CRIANÇA FELIZ..... 27

4 MÉTODOS..... 28

4.1 TIPO DE ESTUDO..... 28

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO..... 28

4.3 COLETA DE DADOS..... 28

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO..... 29

4.5 ANÁLISE DE DADOS..... 32

4.5 ASPECTOS ÉTICOS..... 32

5 RESULTADOS 33

6 DISCUSSÃO..... 41

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 48

REFERÊNCIAS..... 49

APÊNDICE..... 56

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... 57

APÊNDICE B – Questionário aplicado por meio da plataforma KoboToolbox..... 58

ANEXO..... 71

ANEXO A – Gráfico da curva de Peso para idade para meninas de 0 a 2 anos..... 72

ANEXO B – Gráfico da curva de Peso para idade para meninos de 0 a 2 anos..... 73

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição desempenham papel fundamental em todas as fases da vida, com destaque para os primeiros dois anos, que são decisivos para o crescimento e desenvolvimento, formação de hábitos alimentares, manutenção da saúde a curto e longo prazo, além de contribuir com a formação física, mental e cognitiva da criança (BRASIL, 2019).

Atualmente o Brasil apresenta uma dupla carga de desnutrição que alcança a população infantil, sendo representada por um lado pela alta prevalência (15,5%) de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) por outro, pelos casos de desnutrição (5,4%), anemia e deficiência de vitamina A. Esses problemas de ordem nutricional continuam a existir no país devido, em grande parte, as mudanças nas práticas alimentares e no modo de vida da sociedade, destacando-se o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e diminuição do consumo de alimentos *in natura*, prática que usualmente está relacionada a diminuição do tempo para o preparo de refeições aliado a "praticidade", a falta de rede de apoio às mulheres trabalhadoras e familiares para o cuidado com as crianças, e, por vezes, acesso limitado a alimentos saudáveis e adequados devido a renda. (BRASIL, 2019; BRASIL, 2022a).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de vida, com amamentação continuada e alimentação complementar oportuna e adequada até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2019). O AME pode prevenir até 13% da mortalidade de crianças menores de cinco anos em países em desenvolvimento e diante disso, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS estabeleceram a meta de aumentar a taxa de AME para 50% até 2025, atualmente apenas 45,7% das crianças estão em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida (WHO, 2021; TADESSE et al., 2019; OPAS, 2022).

O aleitamento materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo e suficiente para suprir todas as necessidades nutricionais da criança, uma vez que, seus componentes apresentam benefícios imunológicos, endocrinológicos, neuronais e psicológicos. Além disso, a prática do aleitamento materno contribui para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, está relacionado a repercussões diversas para a saúde ao longo da vida e é importante para o fortalecimento de vínculos afetivo entre mãe e filho (BRASIL, 2019; HORTA e VICTORA, 2013).

Por volta dos seis meses de idade, além da amamentação, para atender às necessidades nutricionais do lactente, se faz necessário a adição de alimentos complementares à sua dieta. A alimentação complementar, normalmente abrange o período de seis a vinte e quatro meses de

idade e se configura como um período muito vulnerável e propenso à desnutrição em todas as suas faces. É necessário a oferta de alimentos que supram não somente as necessidades energéticas como também de micronutrientes, principalmente ferro, zinco e vitamina A (WHO, 2022; BRASIL, 2019).

A alimentação complementar adequada requer a presença de diferentes grupos alimentares (verduras/leguminosas, grãos/tubérculos, feijões e carnes/ovos/vísceras) com ênfase nos alimentos *in natura* ou minimamente processados, sem a inclusão de alimentos ultraprocessados (MACIEL et al., 2018).

De acordo com Adhikari et al. (2021), existem muitos desafios a serem superados para que o aleitamento materno e a alimentação complementar ocorram de maneira a garantir o pleno crescimento e desenvolvimento da criança. Quantidade e qualidade inadequadas ou introdução alimentar inoportuna, antes ou depois dos seis meses, têm sido associadas a estado nutricional extremo (desnutrição e obesidade) em crianças. Questões como escolaridade materna, orientação nutricional, segurança alimentar, número de filhos, acesso a serviços de saúde e autonomia da mãe foram identificados como fatores-chave associados a esses desafios.

Nesse contexto, reforça-se a necessidade de pesquisas relacionadas ao aleitamento materno e a alimentação complementar para crianças menores de dois anos, considerando que essas práticas têm associação direta com estados nutricionais extremos. Esses estudos irão contribuir para a identificação de populações vulneráveis, desenvolvimento de estratégias e intervenções e o provimento de dados para decisões em saúde pública. A partir disso o presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil do consumo alimentar e o estado nutricional das crianças menores de 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité - PB.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil do consumo alimentar e o estado nutricional das crianças de 0 a 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité - PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico materno;
- ✓ Caracterizar a prática do aleitamento materno e interrupção aleitamento materno;
- ✓ Avaliar o perfil do consumo alimentar de crianças menores de 24 meses;
- ✓ Caracterizar o perfil do estado nutricional das crianças.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno compreende muito mais do que o ato de alimentar uma criança, tendo em vista que a amamentação se configura como um direito humano fundamental da díade mãe-bebê. Por se tratar de uma fonte valiosa de nutrientes e anticorpos para a criança, o leite materno afeta diretamente os padrões de saúde e de mortalidade infantil, influencia o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança, fortalece o vínculo entre mãe e filho e é benéfico a saúde de ambos (BRASIL, 2020; BRASIL, 2019).

A alimentação e a nutrição estão entre os aspectos que interferem na saúde da criança, logo a OMS e o Ministério da Saúde por meio do Guia alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos indicam a importância do início do aleitamento materno na primeira hora após o nascimento, recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, com a inserção gradativa de alimentos complementares nutricionalmente adequados e seguros após esse período, juntamente com a continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2019; WHO, 2021).

De acordo com o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) - 2019 o aleitamento materno é recomendado para todas as crianças, salvo exceções relacionadas a condições médicas e doenças maternas ou da criança. Entre os indicadores relacionadas ao aleitamento materno que fazem parte da estratégia global da OMS para a alimentação de lactentes e crianças pequenas, selecionados para descrever o perfil do aleitamento materno no Brasil pelo ENANI-2019, temos (UFRJ, 2021a; WHO e UNICEF, 2021):

- Aleitamento materno (AM): crianças menores de 2 anos que foram amamentadas em algum momento;
- Aleitamento materno na primeira hora de vida: crianças que foram colocadas na mama até uma hora após o nascimento. Não requer que o bebê mame no peito ou que o leite seja transferido do peito para o bebê;
- Aleitamento materno exclusivo (AME): crianças até os 6 meses que recebem somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, sem nenhum outro alimento ou bebida, nem mesmo água;
- Aleitamento materno predominante (AMP): criança até os 6 meses de vida que recebe, além do leite materno, água, chás e/ou sucos;

- Aleitamento materno misto (AMM): crianças até os 6 meses de vida que recebem, além do leite materno, fórmula e/ou leite animal;
- Amamentação continuada (AC): crianças de 12 a 24 meses que são alimentadas com leite materno.

Os recém-nascidos devem ser amamentados na primeira hora após o nascimento, já que esse ato traz benefícios a curto e longo prazo, tais como a regulação da temperatura corporal e a colonização com bactérias benéficas da microbiota da pele materna, além de apresentar associação com maior duração do AME (WHO, 2021; ROLLINS et al., 2016).

O AME deve ser mantido até os seis meses de vida da criança, sendo a opção mais segura, saudável e acessível, pois o leite materno oferece todos os nutrientes que a criança precisa para seu crescimento e desenvolvimento, reduzindo os riscos de morbi-mortalidade infantil e possibilitando ainda uma maior aceitação futura dos alimentos consumidos pela mãe que são percebidos a partir do leite. Ademais, o AME traz benefícios à saúde tanto do bebê - o protege contra diarreias, infecções respiratórias agudas, otite média, podendo prevenir sobrepeso e obesidade na infância - quanto da mãe, promovendo risco reduzido de desenvolver câncer de mama e útero e um retorno mais rápido ao peso pré-gestacional. (BRASIL, 2019; VICTORA et al. 2016; WHO e UNICEF, 2021).

Em estudo realizado por Kavle et al. (2017) em vinte e cinco países de baixa e média renda verificou-se que as principais barreiras relacionadas ao aleitamento materno exclusivo incluem falta ou atraso no atendimento pré-natal, pouco conhecimento materno sobre aleitamento materno exclusivo, saúde e atitudes materna, emprego materno, percepções de mau comportamento infantil, saúde e sinais de problemas de alimentação, percepções de leite materno insuficiente, nutrição materna inadequada percebida, problemas de amamentação, aconselhamento sobre amamentação e apoio da família e da comunidade para o aleitamento materno exclusivo.

De acordo com Boccolini et al. (2017), o padrão de aleitamento materno no Brasil melhorou nas últimas décadas o que pode ser atribuído, em grande parte, a questões tais como à melhoria na regulação e monitoramento da comercialização dos alimentos para lactentes, à adoção da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Estratégia Mãe-Canguru, à criação e ampliação da cobertura dos Bancos de Leite Humano e à implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, bem como à adoção de leis trabalhistas relacionadas a licença maternidade.

Os dados do ENANI – 2019 a prevalência de crianças menores de dois anos que alguma vez foram amamentadas no Brasil foi de 96,2%, sendo as maiores, observadas nas

regiões Norte (98,0%) e Nordeste (97,7%). Ainda neste estudo, verificou-se que a duração mediana do AME foi de 3,0 meses no país e as mesmas regiões citadas anteriormente apresentaram menor prevalência, 40,3% e 39,0% para Norte e Nordeste, respectivamente, valores estes abaixo da prevalência nacional que é de 45,8%. Observando as mesmas regiões com relação a prevalência de AC entre crianças de 12 a 23 meses, viu-se que o Nordeste (51,8%) seguido da região Norte (49,1%) apresentaram maior prevalência desse indicador (UFRJ, 2021a).

Em estudos realizados no Nordeste, observou-se de acordo com Ferreira et al. (2018) em cidade do Ceará, com 354 mulheres, mostrou que a frequência do AME foi de 76,6%, já Silva (2021) em estudo em João Pessoa, na Paraíba verificou que a mediana estimada do AME foi de 120 dias (4 meses), ambos os estudos indicam falta de orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal como um dos motivos para à introdução precoce de alimentos, o que coloca em risco a saúde da criança.

3.2 PRÁTICA ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

As práticas alimentares na primeira infância, especialmente nos primeiros dois anos de vida, ajudam a prevenir quase 19% de todas as mortes de menores de cinco anos, além disso são cruciais para um crescimento e desenvolvimento adequado, ajudando a formar hábitos alimentares que podem durar toda a vida, oferecendo proteção tanto contra a desnutrição quanto o sobrepeso a curto e longo prazo (BLACK et al., 2013; CAMPBELL et al., 2018).

Por volta dos seis meses de idade, a necessidade de energia e nutrientes do bebê começa a exceder o que é fornecido pelo leite materno, e alimentos complementares são necessários para atender a essas necessidades. A alimentação complementar (AC) consiste na transição do AME para a alimentação familiar, abrange o período de 6 a 24 meses e deve ser oportuna, segura e apropriada. A introdução oportuna da AC aos seis meses é extremamente importante tendo em vista que a interrupção precoce do aleitamento materno leva a um risco aumentado de diabetes tipo 1, obesidade, doença celíaca e eczema, enquanto a interrupção tardia pode levar a deficiência de alguns micronutrientes e proteínas (WHO, 2022; BRASIL, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os princípios orientadores para uma alimentação complementar adequada incluem: continuar o aleitamento materno até os 2 anos de idade ou mais, praticar alimentação responsiva, garantir a higiene e manipulação adequada

dos alimentos, oferecer quantidades graduais de alimentos e modificar a consistência de acordo com a idade, aumentar o número de vezes que a criança é alimentada (2–3 refeições por dia para lactentes de 6–8 meses de idade e 3–4 refeições por dia para 9–23 meses de idade, com 1–2 lanches adicionais conforme necessário), usar alimentos complementares fortificados ou suplementos vitamínico-minerais caso seja necessário e durante a doença, aumentar a ingestão de líquidos (WHO, 2021).

Segundo o Guia alimentar para Crianças Brasileiras Menores de dois anos, a alimentação complementar oportuna é um processo que envolve fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos, que deve ser composta, preferencialmente, por alimentos saudáveis e levar em consideração o uso de alimentos e ingredientes culinários consumidos normalmente pela família. Além disso, é recomendado a exposição a uma variedade de alimentos, sabores e texturas o que vai contribuir para a uma maior aceitação futura de uma dieta diversificada. Alimentos que não devem ser oferecidos à criança nos primeiros anos de vida incluem os ultraprocessados, com sal em excesso, açúcares, aditivos e conservantes artificiais (BRASIL, 2019; ELDRIDGE et al., 2019).

Entre os indicadores de alimentação complementar propostos pela OMS e ENANI-2019, temos (UFRJ, 2021b; WHO e UNICEF, 2021):

- Introdução de alimentos complementares: percentual de lactentes de 6 a 8 meses que consumiram alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles no dia anterior;
- Introdução de alimentos complementares *in natura* ou minimamente processados: crianças de 6 a 8 meses que receberam pelo menos um alimento in natura ou minimamente processado;
- Frequência alimentar mínima entre crianças de 6 a 8 meses de idade: crianças de 6 a 8 meses de idade que receberam alimentos na frequência recomendada;
- Diversidade alimentar mínima: crianças de 6 a 23 meses que receberam pelo menos cinco grupos alimentares;
- Consumo de alimentos fonte de ferro: crianças de 6 a 23 meses que receberam alimentos fontes de ferro;
- Consumo de alimentos ultraprocessados: crianças de 6 a 23 meses de idade que receberam ultraprocessados;
- Não consumo de frutas e hortaliças: crianças de 6 a 23 meses de idade que não receberam nem frutas nem hortaliças;

- Exposição ao açúcar: crianças de 6 a 23 meses de idade que receberam qualquer tipo de alimento com adição de açúcar.

Existem muitos desafios a serem superados para que as dietas para crianças menores de 2 anos sejam nutritivas, seguras, acessíveis e sustentáveis. A transição do padrão de consumo alimentar que vem ocorrendo nas últimas décadas associado a fatores como baixa renda familiar e a baixa escolaridade materna têm impactado nas práticas de introdução da alimentação complementar tornando crianças e cuidadores cada vez mais expostos a alimentos de baixo valor nutritivo, incluindo alimentos ultraprocessados, que usualmente apresentam altos teores de açúcar e sal, gorduras saturadas e trans (DALLAZEN et al., 2018; UNICEF, 2020).

Normalmente estes alimentos têm baixo custo, são facilmente disponíveis e "práticos" facilitando sua oferta para as crianças. Contribuindo para o oferecimento de uma dieta pobre e insalubre que muitas vezes está associada a desnutrição e as deficiências de micronutrientes que frequentemente coexistem com sobrepeso/obesidade e doenças não transmissíveis, um fenômeno chamado de dupla carga de desnutrição (VICTORA et al., 2016).

Estimativas mundiais do UNICEF, com base em dados de países entre 2006 e 2018, mostram a situação da alimentação infantil, em que se verificou que entre as crianças de 6 a 23 meses de idade, somente 29% apresentaram diversidade alimentar mínima, 53% apresentaram frequência mínima de refeições e apenas 19% receberam a dieta mínima aceitável (UNICEF, 2019).

De acordo com UFRJ (2021b), a prevalência de diversidade alimentar mínima entre crianças de 6 a 23 meses de idade no Brasil foi de 57,1%. As maiores prevalências foram observadas nas regiões Sudeste (65,2%) e Centro-Oeste (62,2%), e as menores, nas regiões Norte (44,0%) e Nordeste (48,5%). Já com relação ao consumo de alimentos ultraprocessados verificou-se que a prevalência entre crianças de 6 a 23 meses de idade no Brasil foi de 80,5%, com resultados maiores nas regiões Norte (84,5%) e Nordeste (82,0%), encontrando-se acima da média nacional. No entanto, enfatiza-se que esse indicador não apresentou diferenças significativas entre as regiões nem entre as diferentes classes sociais, indicando a disseminação desses alimentos. Já a prevalência do não consumo de frutas e hortaliças foi de 22,2%, mais uma vez destacando-se as maiores prevalências para as regiões Norte (29,4%) e Nordeste (24,3%).

Em um estudo realizado por Spaniol et al. (2020) no Distrito Federal com o objetivo de identificar práticas alimentares e avaliar a associação entre AM e AC em crianças menores de dois anos, verificou-se que a introdução da alimentação complementar foi considerada inoportuna – muito precoce – para 38,3% das crianças menores de seis meses, além de

prevalência elevada de consumo de alimentos ultraprocessados (86,3%) e baixa prevalência de diversidade alimentar mínima (44,6%) para todas as crianças do estudo. Viu-se ainda que o aleitamento materno foi associado a menor consumo de ultraprocessados e bebidas adoçadas.

Andrade et al. (2022) analisando a evolução das práticas de alimentação infantil de 9 a 24 meses de idade em comunidade conhecida como Parque Universitário localizada em Fortaleza, capital do estado do Ceará, observou que a prevalência do aleitamento materno diminuiu ao longo do tempo, de 77,6% aos 9 meses para 45,1% aos 24 meses. Por outro lado, a diversidade alimentar mínima não aumentou significativamente durante o período de estudo e foi de 76,7% aos 9 meses para 80,1% aos 24 meses, enquanto a frequência mínima das refeições aumentou significativamente durante o período do estudo de 88,6% aos 9 meses para 97% aos 24 meses. Com relação ao consumo de alimentos ultraprocessados foram consumidos por 96,4% das crianças aos 9 meses, 99,5% aos 15 meses e 99,4% aos 24 meses.

3.3 ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS NO BRASIL

As práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, que incluem o aleitamento materno e a alimentação complementar, afetam diretamente a saúde, o desenvolvimento e o estado nutricional de crianças menores de dois anos de idade (WHO, 2021). Práticas inadequadas de alimentação nos primeiros anos de vida aumentam o risco de desnutrição infantil que pode resultar tanto da desnutrição propriamente dita, como do excesso de peso ou deficiências de micronutrientes, podendo trazer consequências a curto e longo prazo, seja pelo crescimento e desenvolvimento inadequado, seja pelo aumento dos riscos de desenvolvimento de comorbidades (ANDRADE et al., 2022; BLACK et al., 2013).

Segundo Pereira et al. (2017), o estado nutricional da população brasileira se reflete no processo de transição nutricional e contempla mudanças que vêm ocorrendo no país ao longo das últimas três décadas, incluindo também o perfil demográfico e epidemiológico. A prevalência global da desnutrição em crianças vem diminuindo ao longo dos anos, no entanto, quando observamos o cenário brasileiro nota-se a coexistência da baixa estatura com o sobrepeso/obesidade atingindo principalmente as populações das regiões Nordeste e Norte (FELISBINO -MENDES et al., 2014).

Para Mia et al. (2018) estados nutricionais extremos de déficits e excessos em crianças representam importantes problemas de saúde pública e estão relacionados às condições de vida, ao acesso aos alimentos, ao saneamento básico, à assistência à saúde e à educação. Esses

agravos trazem consequências como maior incidência de doenças infecciosas, atraso no desenvolvimento cognitivo e psicomotor, baixo desempenho escolar e, consequentemente, menor rendimento econômico.

Segundo Pedraza e Menezes (2016), a avaliação do estado nutricional das crianças é imprescindível, considerando que pode detectar possíveis agravos à saúde e possíveis riscos nutricionais, sendo possível estabelecer intervenções visando a melhoria dessas condições.

Os índices preconizados pela Vigilância Nutricional, adotados pelo Sistema Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e que podem ser avaliados através das curvas de crescimento na Caderneta da criança são (BRASIL, 2011):

- Peso para idade (P/I): índice que expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança, a partir dele se avalia o estado nutricional, especialmente para caracterização do baixo peso, no entanto não diferencia situação atual da aguda;
- Peso para Estatura (P/E): relação entre massa corporal e altura, identifica tanto emagrecimento como o excesso de peso da criança;
- Estatura para Idade (E/I): demonstra o crescimento linear da criança, sendo o índice que melhor expressa o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança;
- IMC para Idade (IMC/I): identifica o excesso de peso entre crianças.

De acordo com o Ministério da Saúde, avaliando a situação alimentar e nutricional de crianças menores de dois anos acompanhadas na Atenção Primária à Saúde no Brasil constatou-se que a partir do indicador IMC para a idade, 5,4% das crianças estudadas apresentaram magreza acentuada ou magreza, 15,5% apresentaram sobrepeso ou obesidade e 12,8% delas apresentaram altura muito baixa ou baixa para a idade, determinado pelo índice estatura para idade. As regiões Norte e Nordeste apresentaram as prevalências mais elevadas de má nutrição, totalizando nestas regiões 47.951 crianças com baixo peso e 146.642 crianças com excesso de peso. Com relação ao risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade observou-se que o Nordeste apresentou os maiores percentuais com 21,5%, 11,1% e 8,4%, respectivamente, quando comparados às demais regiões do Brasil. Paralelo a isso apresenta empatado com a região Norte, a maior prevalência de magreza acentuada (3,3%). Ao analisar estatura/idade verificou-se que as maiores prevalências de baixa estatura para a idade também foram encontradas nas regiões Norte (16,6%) e Nordeste (14,6%) (BRASIL, 2022a).

Com relação aos dados referentes a Paraíba observa-se que o estado apresenta a maior prevalência de crianças menores de dois anos com risco de sobrepeso junto com o Ceará, ambos com 23,5%, o estado apresenta ainda 11,5% de crianças com sobrepeso e 7,6% com obesidade

se encontrando acima da média nacional (9,0% e 6,5%, respectivamente), e 7,1% das crianças estudadas apresentavam magreza acentuada ou magreza, em acordo com o indicador IMC para idade (BRASIL, 2022a).

Ao analisar por faixa etária, de acordo com dados do ENANI-2019, crianças de 0 a 11 meses e 12 a 23 meses, apresentaram frequência de peso adequado para idade de 91,4% e 91,1%, respectivamente. A partir do indicador IMC para idade, a faixa etária com maior prevalência de risco de sobrepeso é a de 12 a 23 meses (23,0%) e a terceira maior é a faixa etária de 0 a 11 meses (17,9%), quando se analisa crianças de até 5 anos. Com relação ao excesso de peso (sobrepeso e obesidade), crianças de 12 a 23 meses apresentaram a maior prevalência (13,7%) e as de 0 a 11 meses apresentaram a terceira maior prevalência (9,6%). Já com relação a prevalência de magreza e magreza acentuada, a faixa etária de 0 a 11 meses apresentou maior prevalência com 5,0% e 12 a 23 meses de 2,5% (UFRJ, 2022).

Rito et al. (2019) mostraram que o aleitamento materno foi associado a uma redução de 13% nas chances de sobrepeso e obesidade para crianças que foram amamentadas por pelo menos seis meses, e as chances de se tornarem obesas quando comparadas aquelas que nunca foram amamentadas ou amamentadas por um período mais curto foram menores. Schneider et al. (2020) por sua vez utilizando as coortes de nascimentos de Pelotas (Brasil) de 2004 e 2015, descreveram associação da alimentação complementar inoportuna antes dos seis meses, e observaram risco de sobrepeso aos 24 meses de idade, em ambos os anos.

Sobral (2015) ao realizar estudo com crianças desmamadas de seis a vinte quatro meses do município da Vitória de Santo Antão - PE verificou-se prevalências de 30% de risco de sobrepeso, 7,5% de sobrepeso e 10% de obesidade, não foram encontradas crianças com baixo peso e 5% delas estavam com baixa estatura. Relacionando o estado nutricional com os hábitos alimentares, observou-se que 60% das crianças com sobrepeso ou obesidade consumiam alimentos ultraprocessados e mingaus compostos por leite, açúcar e farinha.

Vale salientar que o estado nutricional das crianças tem múltiplas influências, incluindo o estado nutricional materno, o peso ao nascer, a segurança alimentar e nutricional (SAN) da família, o estado de saúde e as práticas alimentares da criança, o acesso aos serviços de saúde e condições de renda, moradia e educação (MIA et al., 2018).

3.4 PROGRAMA CRIANÇA FELIZ

O desenvolvimento infantil compreende uma série de capacidades e habilidades as quais podem ser inter-relacionadas ou interdependentes, que incluem linguagem, habilidades

motoras, capacidades cognitivas e aspectos socioemocionais. Para que essas habilidades se manifestem de forma similar, independente de contextos socioculturais aos quais a criança está inserida, deve haver uma adequação das condições nutricionais, de estimulação cognitiva, bem como cuidados da saúde infantil e materna (MUNHOZet al., 2022). Diante desse contexto, o Programa Criança Feliz, instituído pelo Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, surge como uma importante ferramenta para estimular o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância (BRASIL, 2022d).

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o Programa Criança Feliz visa atender gestantes, crianças de até 36 meses e suas famílias incluídas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, bem como aquelas de até 72 meses e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC); e crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida protetiva prevista pelo estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2022e).

Os objetivos do PCF incluem a promoção do desenvolvimento infantil integral, o apoio a gestante e familiares nos preparativos para o nascimento da criança, o cuidado da criança em situação de vulnerabilidade até os seis anos de idade, o fortalecimento de vínculos afetivos e o cuidado familiar responsivo na proteção e na educação das crianças, bem como o estímulo ao desenvolvimento por meio de atividades lúdicas e promover o acesso das famílias atendidas às políticas e serviços públicos de que necessitem (BRASIL, 2022e).

O Programa Criança Feliz estabelece como um dos eixos estruturantes as visitas domiciliares e a intersetorialidade, ações essas que se complementam e contribuem para o fortalecimento dos direitos da criança na primeira infância, bem como contribui para melhoria das suas condições de vida. Por meio das visitas é possível conhecer e se aproximar da realidade social das famílias, a partir disso, busca-se a garantia dos direitos sociais por meio de atendimento especializado e/ou mediando acesso das famílias aos serviços públicos presentes no território. A intersetorialidade se dá pois promove ações em conjunto com políticas de assistência social, saúde, educação, cultura, direitos humanos, esporte e justiça (BRASIL, 2021c; BRASIL, 2022e).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo do tipo transversal, descritivo e analítico, que tem como finalidade avaliar o perfil do consumo alimentar e estado nutricional das crianças menores de 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité - PB.

O estudo transversal tem como característica principal o fato de que a observação das variáveis é realizada em um único momento, enquanto a finalidade dos estudos descritivos inclui a descrição detalhada e organizada de uma ou mais variáveis e os estudos analíticos visam estabelecer relações e/ou associações entre elas (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, ECHEIMBERG e LEONE, 2018).

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo é composta por crianças de famílias acompanhadas pelo Programa Criança Feliz (PCF) do município de Cuité, cujo domicílio havia crianças com as seguintes características: (1) possuir entre três meses e três anos de idade; (2) estar sendo acompanhada no mínimo há três meses pelo PCF; e (3) não ter diagnóstico de distúrbio neurológico ou motor. Ao final da pesquisa de campo foram realizadas 128 entrevistas, das quais foi feito um recorte da população, ficando assim, 84 crianças (65,6% da população total), as quais cumpriam os critérios de inclusão, que compõem a amostra deste estudo, reformulando assim o item (1), considerando somente crianças com até 24 meses.

O município de Cuité – PB está localizado na microrregião do Curimataú Ocidental, há 235 km da capital João Pessoa. Segundo o IBGE (2021), a população estimada é de 20.331 mil habitantes, o Índice de Desenvolvimento Humano (2010) é 0,591 e a taxa de mortalidade infantil (2020) é de 16 óbitos por mil nascidos vivos.

Atualmente, o PCF do município de Cuité possui 14 visitadoras capacitadas que são divididas entre si para realizar o acompanhamento das 331 famílias que possuem crianças de até três anos de idade. Semanalmente uma visitadora vai até o domicílio da família a qual está acompanhando para realizar uma visita. Durante as visitas são feitas orientações e atividades que tem como objetivo estimular a relação parental e o desenvolvimento infantil da criança.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre abril e julho de 2022 com entrevistas realizadas com base em um questionário de pesquisa eletrônico utilizando a plataforma KoBoToolbox (Apêndice B), com informações socioeconômicas e demográficas da família, características da gestação e nascimento da criança, bem como prática de aleitamento materno, alimentação complementar e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

A coleta de dados foi realizada em domicílio por alunos do curso bacharelado em nutrição da UFCG, que participam do Programa de Educação Tutorial - PET Nutrição e do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Nutrição e Saúde Coletiva - Núcleo PENSO junto com uma visitadora do PCF. Os entrevistadores foram previamente treinados juntamente com as visitadoras, através de uma capacitação que contou com dois encontros presenciais, totalizando seis horas.

Considerando a realidade pandêmica do país durante o período de coleta de dados, durante as visitas domiciliares para a aplicação da pesquisa, os entrevistadores seguiram todas as recomendações do Ministério da Saúde contra o COVID-19.

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis utilizadas para a caracterização das famílias foram: área de moradia, responsável pelo domicílio, escolaridade da mãe, ocupação da mãe e segurança alimentar. Em relação à escolaridade da mãe optou-se por três categorias: baixa escolaridade (ensino fundamental I incompleto/completo e fundamental II incompleto); média escolaridade (ensino fundamental II completo ou médio incompleto) e alta escolaridade (médio completo e superior incompleto/completo).

Para a caracterização da criança foram utilizadas as variáveis: sexo da criança, idade da criança (em meses), fez pré-natal, nasceu prematuro, teve algum problema no nascimento e a criança possui Caderneta da Criança. Segundo o Ministério da Saúde, a Caderneta da Criança é um instrumento que busca auxiliar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, nela encontra-se ainda informações sobre aleitamento materno e alimentação saudável. E é um direito de todo cidadão receber um exemplar assim que nasce (BRASIL, 2022b).

Prática de Aleitamento Materno

A determinação da prática de aleitamento materno foi feita com base nas respostas dadas pela mãe ou responsável pela criança no momento da entrevista de perguntas relacionadas ao aleitamento materno, utilizando-se como base uma adaptação de parte dos indicadores de aleitamento materno disponíveis no relatório "Aleitamento Materno" do ENANI- 2019 e OMS (UFRJ, 2021a; WHO, 2021), em que foram incluídos: amamentação na primeira hora de vida, ainda mama no peito (a partir do qual foi possível definir Aleitamento Materno), Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Amamentação Continuada (AC) e período de interrupção do aleitamento materno (por faixa etária categorizada e em meses).

Alimentação Complementar

A obtenção das informações referentes ao consumo alimentar da criança foi realizada com base em um recordatório alimentar qualitativo aplicado à mãe ou responsável pela criança no momento da entrevista, no qual eram citados 14 alimentos e/ou preparações que a criança poderia ter consumido nas últimas 24 horas (Apêndice B). As variáveis utilizadas para avaliar a prática de alimentação complementar foram embasadas em uma adaptação de parte dos indicadores de alimentação complementar disponíveis no relatório "Alimentação Infantil I" do ENANI- 2019 e OMS (UFRJ, 2021b; WHO, 2021), incluindo: consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, consumo de alimentos fonte de ferro, consumo de alimentos ultraprocessados e exposição ao açúcar. As informações incluem todas as crianças que estavam em alimentação complementar, independente da faixa etária.

Além disso, através do recordatório aplicado no dia da entrevista, avaliou-se o percentual de consumo de cada alimento por faixa etária, buscando definir qual faixa etária consumiu mais ou menos estes alimentos. A partir do recordatório alimentar foi determinado ainda o percentual de consumo dos alimentos por crianças relacionando aquelas que estavam em aleitamento materno e em interrupção do aleitamento materno.

Estado nutricional

O peso (kg) das crianças foi mensurado em balança digital portátil eletrônica, com capacidade máxima 150 kg e graduação de 100g. A balança foi posicionada em lugar firme e nivelado, com iluminação adequada e espaço suficiente. A criança foi pesada descalça, com a menor quantidade de roupa possível sem a presença de objetos no bolso, mãos e cabeça,

posicionada no centro da plataforma da balança com os braços estendidos ao longo do corpo e o olhar para o horizonte, segundo o Plano de Frankfurt. Em caso de impossibilidade da pesagem direta da criança, a mãe ou responsável foi orientado a seguir os mesmos procedimentos citados anteriormente, em que se realizou inicialmente sua pesagem e em seguida a pesagem da mãe/responsável com a criança no colo, subtraindo-se o peso final do peso inicial, obtendo-se, portanto, o peso da criança (LOHMAN, ROCHE e MARTORELL, 1988).

A classificação do estado nutricional das crianças foi calculado a partir do índice peso/idade (P/I) em escore-z, utilizando-se como padrão de referência as curvas para classificação das medidas de peso recomendado pelo Ministério da Saúde encontradas na Caderneta da Criança para meninas (ANEXO A) e meninos (ANEXO B) de 0 a 2 anos (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b), adotando-se os seguintes pontos de corte para categorização dos resultados: escore-z > +2 = peso elevado para idade; escore-z $\geq$ -2 e $\leq$ +2 = peso adequado para idade; escore-z $\geq$ -3 e < -2 = baixo peso para idade; escore-z < -3 = muito baixo peso para idade. Os resultados foram obtidos utilizando-se o software WHO Anthro v 3.2.2 disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde.

Insegurança Alimentar

Para categorizar a (in)segurança alimentar utilizou-se os pontos de corte das quatro categorias de classificação, para domicílios com menores de 18 anos (Tabela 1). Para as análises de associação, a variável de segurança alimentar foi categorizada em Segurança Alimentar e Insegurança Alimentar (leve, moderada e grave).

Tabela 1 - Pontos de corte segundo nível de segurança/insegurança alimentar

	DOMICÍLIOS COM MENORES DE 18 ANOS	**DOMICÍLIOS SEM MENORES DE 18 ANOS**
SA	0	0
IL	1-5	1-3
IM	6-9	4-5
IG	10-14	6-8

Fonte: MDS & SAGI (2014)

*SA: Segurança Alimentar; IL: Insegurança Alimentar Leve; IM: Insegurança Alimentar Moderada; IG: Insegurança Alimentar Grave

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas análises descritivas e exploratórias das variáveis, utilizando-se frequências absolutas (n) e relativas (%). Os dados foram analisados no programa Stata 14.0 e os gráficos foram produzidos no Planilhas Google.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - CES/UFCG sob o número CAAE: 51139721.0.0000.0154. Foram incluídas apenas as crianças cujos pais ou responsáveis legais aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5 RESULTADOS

A partir das características sociodemográficas das famílias estudadas, foi possível observar que a maioria delas residiam na zona urbana (86,9%), sendo a mãe da criança a responsável em apenas 22,6% dos domicílios, porém mais da metade delas (58,3%) possuem alta escolaridade e 75,0% se encontram desempregadas. Quanto à segurança alimentar, notou-se que 60,3% das famílias estavam em condição de insegurança alimentar (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas das famílias das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité - PB, 2022

VARIÁVEIS	N	%
ÁREA DE MORADIA		
Zona Urbana	73	86,9%
Zona Rural	11	13,1%
RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO		
Mãe da criança	19	22,6%
Pai da criança	56	66,7%
Outro (avós/bisavós)	09	10,7%
ESCOLARIDADE DA MÃE		
Baixa escolaridade[1]	17	20,3%
Média escolaridade[2]	18	21,4%
Alta escolaridade[3]	49	58,3%
OCUPAÇÃO DA MÃE		
Tem emprego	07	8,3%
Desempregada	63	75,0%
Autônoma/Informal	14	16,7%
SEGURANÇA ALIMENTAR*		
Segurança Alimentar	33	39,7%
Insegurança Alimentar	50	60,3%

Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022.
[1]**Baixa escolaridade:** ensino fundamental I incompleto/completo e fundamental II incompleto; [2]**Média escolaridade:** ensino fundamental II completo ou médio incompleto; [3]**Alta escolaridade:** médio completo e superior incompleto/completo; ****1 dado perdido***

Quanto as características sociodemográficas e de nascimento das crianças do estudo, foi possível observar que a maioria delas são do sexo feminino (57,1%), autodeclaradas pelos pais ou responsável como preta ou parda (52,4%) e com idade entre 13 e 24 meses (65,5%). Todas as mães alegaram que realizaram o pré-natal e a maioria das crianças nasceram a termo (92,9%) e não tiveram nenhum problema no nascimento (86,9%). Com relação a caderneta da criança, notou-se que a maior parte dos pais ou responsáveis possuem a Caderneta da Criança, porém apenas 36,9% a leram somente em parte e 35,7% nunca a leram (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas e de nascimento das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022

VARIÁVEIS	N	%
SEXO DA CRIANÇA		
Feminino	48	57,1%
Masculino	36	42,9%
COR DA CRIANÇA		
Branca	40	47,6%
Parda	44	52,4%
IDADE DA CRIANÇA (MESES)		
0m-6m	10	11,9%
7m-12m	19	22,6%
13m-24m	55	65,5%
FEZ PRÉ NATAL		
Sim	84	100%
NASCEU PREMATURO		
Sim	11	7,1%
Não	78	92,9%
TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NA GESTAÇÃO E/OU PARTO*		
Sim	11	13,1%
Não	73	86,9%
POSSUI CADERNETA DA CRIANÇA		
Sim, foi lida	23	27,4%
Sim, foi lida em parte	31	36,9%
Sim, nunca foi lida/não possui	30	35,7%

*Anemia, Apneia, Cardíaco, Icterícia e Pré-eclâmpsia
Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022.

Com referência às práticas de aleitamento materno, observa-se que 77,4% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida e que 45,2% delas continuam sendo amamentadas. Por outro lado, metade das crianças não estão sendo mais amamentadas ou nunca mamaram, 44,1% e 5,9%, respectivamente. Sendo assim, a partir da variável "ainda mama no peito" é possível determinar ainda que 94,1% das crianças tiveram contato com a amamentação, ou seja, estão ou foram amamentadas em algum momento. Ademais, dentre as crianças com idade entre 0-6 meses, 40% estavam em AME. Considerando os dados do estudo, notou-se ainda que, independentemente da faixa etária, todas as crianças se encontravam em aleitamento materno complementado, não apresentando nenhuma criança em aleitamento materno misto ou predominante (Tabela 4).

Para a amamentação continuada (Tabela 4), percebeu-se que a maioria das crianças entre 13 e 24 meses (57,4%) não estavam mais sendo amamentadas e o maior percentual de

interrupção do aleitamento materno ocorreu na faixa etária de 0 a 6 meses (65,1%).

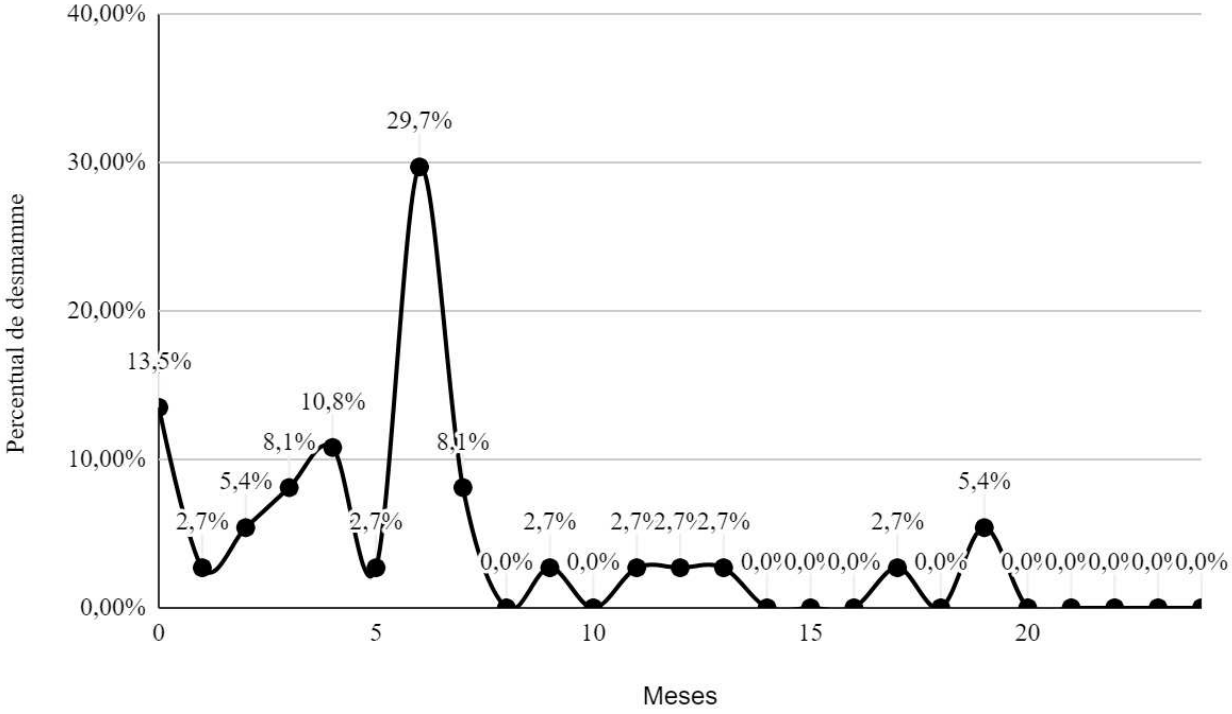
Tabela 4 - Práticas de aleitamento materno (AM) das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022

VARIÁVEIS	N	%
AM NA PRIMEIRA HORA DE VIDA		
Sim	65	77,4%
Não	19	22,6%
AINDA MAMA NO PEITO		
Sim	38	45,2%
Sim, só no peito	04	4,8%
Não	37	44,1%
Nunca mamou	05	5,9%
AME (CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES)		
Sim	4	40,0%
Não	6	60,0%
AMAMENTAÇÃO CONTINUADA (CRIANÇAS DE 12 A 24 MESES)		
Sim	26	42,6%
Não	35	57,4%
INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO		
0m-6m	41	65,1%
7m-12m	12	19,0%
13m-24m	10	15,9%

Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022.

Na figura 1 podemos observar o período de interrupção do aleitamento materno das crianças, em que o maior percentual (29,7%) ocorreu aos seis meses. Cabe destacar ainda que 13,5% pararam de receber leite materno antes de completar um mês de vida e aos 19 meses (5,4%), todas as crianças do estudo pararam de ser amamentadas.

Figura 1. Período de interrupção do aleitamento materno das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022



Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022.

Quando analisamos as práticas de alimentação complementar, conforme a Tabela 5, percebe-se que todas as crianças (100%) consumiram alimentos *in natura* ou minimamente processados e 87,5% consumiram alimentos fonte de ferro. Percebe-se ainda que a maioria (88,7%) consumiram alimentos processados e ultraprocessados, bem como foram expostos a alimentos que contém açúcar (77,5%).

Tabela 5 - Práticas de alimentação complementar das crianças* acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022

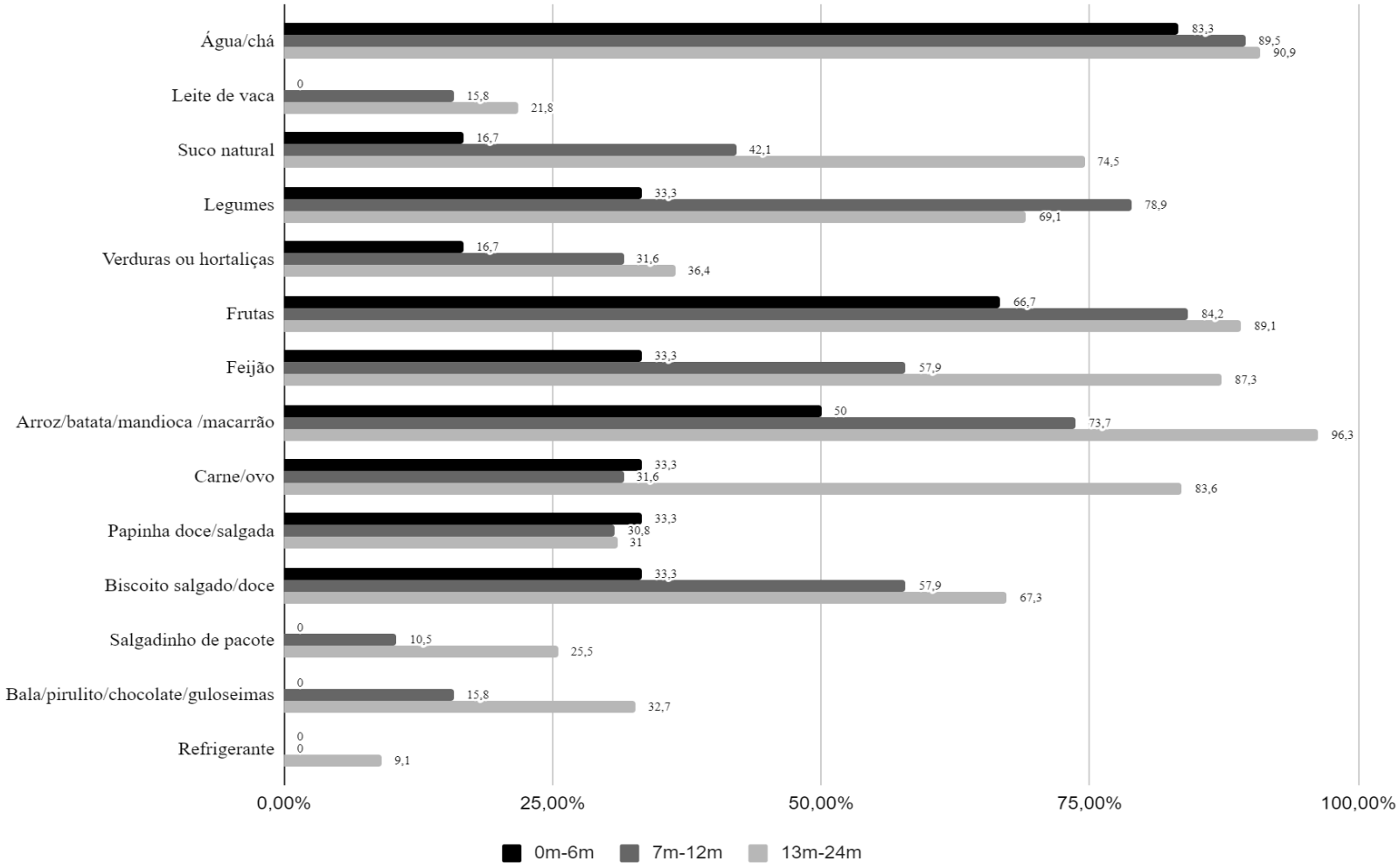
VARIÁVEIS	N	%
CONSUMO DE ALIMENTOS IN NATURA/ MINIMAMENTE PROCESSADOS[1]		
Sim	80	100%
Não	0	0%
CONSUMO DE ALIMENTOS FONTE DE FERRO[2]		
Sim	70	87,5%
Não	10	12,5%
CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS/ ULTRAPROCESSADOS[3]		
Sim	71	88,7%
Não	09	11,3%
EXPOSIÇÃO AO AÇÚCAR[4]		
Sim	62	77,5%
Não	18	22,5%

[1]**Alimentos in natura e/ou minimamente processados:** leite de vaca, carne, ovos, legumes, verduras, frutas, arroz, batata, mandioca, macarrão, feijão, água e chá.
[2] **Alimentos fontes de ferro**: carne, ovos e leguminosas.
[3]**Alimentos processados e/ou ultraprocessados:** suco natural (com açúcar), papa doce ou salgada, refrigerante, biscoito doce ou salgado, salgadinho, guloseimas.
[4]**Exposição ao açúcar:** suco natural, papa doce ou salgada, refrigerante, biscoito doce ou salgado, guloseimas.
*A partir do Recordatório de 24h. **Fonte**: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022

Os alimentos que foram referidos no recordatório alimentar estão listados na figura 2. É possível verificar um alto consumo de água/chá para todas as faixas etárias, porém em nenhuma delas o consumo chegou a 100%, o maior percentual alcançado foi para crianças de 13 a 24 meses (90,9%). Já quando avaliamos o consumo de leite de vaca, encontramos um baixo consumo independente da faixa etária, sendo que crianças de 0 a 6 meses não consumiram esse alimento. Para o suco natural, notou-se um maior percentual para crianças entre 13 e 24 meses e 7 a 12 meses (74,5% e 42,1%, respectivamente).

Com relação ao consumo de legumes observou-se que foi superior para crianças de 7 a 12 meses (78,9%). Já para verduras/hortaliças e frutas, o maior percentual de consumo foi para a faixa etária de 13 a 24 meses (36,4% e 89,1%, respectivamente). A mesma faixa etária obteve o maior consumo para feijão, arroz/batata/mandioca e carne/ovos (87,3%, 96,3% e 83,6%, respectivamente) (Figura 2).

Figura 2. Consumo de alimentos por crianças* acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022



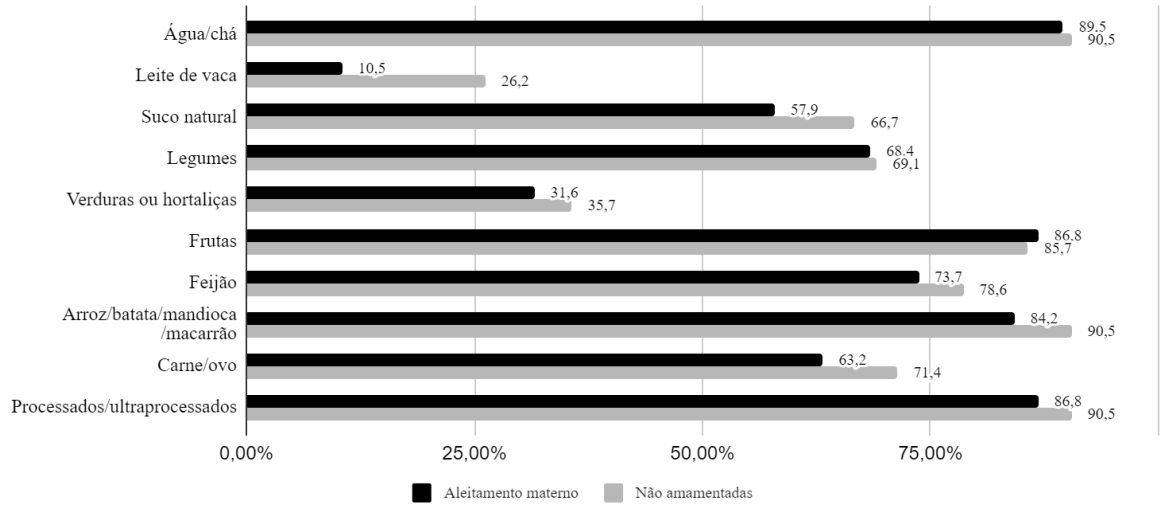
*Recordatório de 24h. **Fonte**: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022.

Ainda na figura 2, pode-se perceber que o percentual de consumo de papa doce/salgada foi semelhante entre as três faixas etárias, sendo o maior percentual para crianças de 0 a 6 meses (33,3%). Já para biscoito salgado/doce, o consumo foi superior para crianças de 13 a 24 meses e 7 a 12 meses (67,3% e 57,9%, respectivamente). Quanto ao consumo de salgadinho de pacote e bala/pirulito/chocolate/guloseimas, notou-se que foi superior para crianças de 13 a 24 meses (25,5% e 32,7%, respectivamente) e crianças de 0 a 6 meses não consumiram esses alimentos. Já o refrigerante foi consumido somente pela faixa etária de 13 a 24 meses (9,1%).

A Figura 3 traz a relação entre o consumo de alimentos por crianças em aleitamento materno e não amamentadas, na qual foi possível observar que o consumo de chá/água é semelhante para aquelas em AM e não amamentadas (89,5% e 90,5%, respectivamente). Além disso, os maiores percentuais de consumo de leite de vaca (26,2%) e suco natural (66,7%) são para as crianças que não estão recebendo leite materno.

Quando avaliamos o consumo de legumes, verduras/hortaliças e frutas, verifica-se um percentual de consumo semelhante tanto para crianças em AM quanto não amamentadas, sendo que os dois primeiros têm seu maior consumo para aquelas que não estão sendo amamentadas (35,7% e 85,7%, respectivamente), enquanto o último para aquelas em AM (86,8%).

Figura 3. Relação entre o consumo de alimentos por crianças* em Aleitamento Materno (AM) e não amamentadas acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022



*Recordatório de 24h. **Fonte**: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022.

Para o consumo de feijão, arroz/batata/mandioca e carne/ovos observou-se maior percentual de consumo para crianças que não estão recebendo leite materno (78,6%, 90,5% e

71,4%, respectivamente). Condição semelhante à encontrada para alimentos processados e ultraprocessados, na qual nota-se um maior consumo desses alimentos para crianças na mesma condição (Figura 3).

A tabela 6 traz o estado nutricional das crianças estudadas, na qual podemos observar que a maioria das crianças se encontra com peso adequado para a idade (88,1%), seguida de baixo peso ou muito baixo peso representando 7,1% das crianças estudadas.

Tabela 6 - Estado nutricional* das crianças acompanhadas no Programa Criança Feliz, Cuité-PB, 2022

VARIÁVEIS	**N**	**%**
PESO ELEVADO PARA A IDADE[1]	04	4,8%
PESO ADEQUADO PARA A IDADE[2]	74	88,1%
BAIXO PESO PARA A IDADE/MUITO BAIXO PESO PARA A IDADE[3]	06	7,1%

*Calculado a partir do índice peso/idade (P/I) em escore-z
[1]Escore-z > +2
[2]Escore-z ≥ -2 e ≤ +2
[3]Escore-z < -2 (baseado em escore-z ≥ -3 e < -2 = baixo peso para idade e escore-z < -3 = muito baixo peso para idade).
Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, 2022

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa investigou o perfil do consumo alimentar e o estado nutricional das crianças de 0 a 24 meses acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité – PB. Na análise das práticas de aleitamento materno, observou-se que 77,4% foram amamentadas na primeira hora de vida. Esse percentual se encontra acima da média brasileira que é de 62,4%, bem como a observada na região Nordeste, onde a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida em crianças menores de dois anos foi de 63,2% (UFRJ, 2021a).

Com relação ao aleitamento materno constatou-se que 94,1% das crianças estão sendo ou foram amamentadas em algum momento, resultado positivo, pois o valor encontrado se aproxima da prevalência nacional de crianças menores de dois anos que foram alguma vez amamentadas (96,2%) (UFRJ, 2021). Além disso, esse percentual foi superior ao achado em outros estudos, como por exemplo, o estudo realizado por Andrade et al. (2021), no qual 68,4% das crianças haviam recebido aleitamento materno.

O estudo apresenta ainda que pequena parcela dos lactentes se encontra em AME (40,0%), o que se encontra abaixo da prevalência nacional de AME para crianças menores de 6 meses (45,7%) (OPAS, 2022). Além disso, esse percentual é superior ao encontrado em estudo realizado por Souza et al. (2020), que ao caracterizar a alimentação para crianças menores de dois anos, constatou que somente 24,9% estavam em AME.

A recomendação do Ministério da Saúde é de que as crianças sejam alimentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses, e que, mesmo após a introdução de alimentos sólidos, a amamentação perdure até, pelo menos, os 24 meses de idade ou mais. O leite materno é uma fonte importante de energia e nutrientes e pode fornecer um terço das necessidades de energia para crianças entre 12 e 24 meses (BRASIL, 2022c; FIOCRUZ, 2020).

No tocante a amamentação continuada, percebeu-se que mais da metade das crianças (57,4%) entre 13 e 24 meses não estavam sendo amamentadas, dado superior ao encontrado por Silva et al. (2019), em que a continuidade da amamentação até os dois anos ocorreu para 35,9% das crianças.

Ao avaliar os resultados relacionados a interrupção do aleitamento materno, verificou-se um maior percentual entre as faixas etárias de 0 a 6 meses, destacando-se o sexto mês como o período que se encontra esse maior percentual com 29,7% das mães que deixam de amamentar seus filhos, seguido por zero meses com 13,5% das crianças que recebeu leite materno por menos de 30 dias. Além disso, aos 19 meses todas as crianças já não recebiam leite materno, o

que corrobora com o encontrado por Souza et al. (2020), em que a duração mediana do AM foi de 19 meses. Os fatores que podem influenciar na interrupção precoce do AM são: crença quanto ao leite fraco ou insuficiente para o bebê; má interpretação do choro; inexperiência ou insegurança da mãe; falta de rede de apoio; exposição precoce a bicos artificiais, seja de chupetas ou mamadeiras, que podem contribuir para a confusão de bicos pelo lactente, levando a dificuldade da pega e sucção correta do leite (ANDRADE, PESSOA e DONIZETE, 2018; RIGOTTI, OLIVEIRA e BOCCOLINI, 2015).

Segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos uma alimentação adequada e saudável deve ter como base alimentos *in natura* ou minimamente processados, além disso alimentos processados devem ser limitados e, se forem consumidos, utilizados em pequenas quantidades, enquanto os ultraprocessados e açúcares não devem fazer parte da alimentação da criança (BRASIL, 2019).

Com relação às práticas de alimentação complementar percebe-se que houve o consumo de pelo menos um dos alimentos *in natura* ou minimamente processados por todas as crianças do estudo. Esses resultados corroboram aos encontrados por Souza et al. (2020), que estudando a caracterização da alimentação de crianças menores de 24 meses em Uberlândia, Minas Gerais, verificou um consumo regular de alimentos *in natura* por parte das crianças, bem como constatou uma maior frequência de consumo de alimentos processados e ultraprocessados, sobretudo após os 12 meses de idade.

O consumo de alimentos ultraprocessados por crianças eleva o risco de aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como obesidade, síndrome metabólica, elevação na pressão arterial, bem como elevação nos lípides séricos e glicemia, as quais poderão ter impactos na saúde a curto, médio e longo prazo (LOUZADA et al., 2021). As crianças estudadas apresentaram um alto consumo de alimentos processados e ultraprocessados (88,7%), este dado é superior àquele encontrado por Lopes et al. (2020) que analisando o consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados, constatou que 74,3% das crianças consumiam algum alimento ultraprocessado.

Também foi possível observar que 77,5% das crianças deste estudo consumiram alimentos contendo açúcar, percentual superior ao encontrado por Souza et al. (2020), que detectou um consumo regular de açúcar por 48,8% das crianças estudadas. No Brasil, a prevalência desse indicador para crianças entre 6 e 23 meses foi de 68,4% (UFRJ, 2021b). O Ministério da Saúde recomenda que nos dois primeiros anos de vida, os alimentos ofertados às crianças não devem ser adoçados com nenhum tipo de açúcar, além disso não devem ser

consumidos preparações ou alimentos ultraprocessados que o tenham como ingrediente (BRASIL, 2019).

Segundo Leão et al. (2018), a ingestão de micronutrientes pelas crianças tem se mostrado inadequada, especialmente quando se trata do ferro, esse nutriente é especialmente importante para as crianças e está associado a dietas de baixa qualidade e práticas alimentares incorretas. O consumo de alimentos fonte de ferro neste estudo foi de 87,5%, prevalência de consumo superior a encontrada no Brasil para crianças de 6 a 23 meses (84,6%).

A Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2021) recomenda a oferta diária de água potável para todas as crianças a partir da introdução da alimentação complementar, ou quando faz uso de fórmula infantil. No estudo em questão, observou-se que embora houve um alto consumo de água/chá para todas as faixas etárias, em nenhuma delas, esse consumo atingiu 100% das crianças, o maior percentual alcançado foi para crianças de 13 a 24 meses (90,9%) e o menor para crianças de 0 a 6 meses (83,3%), ainda assim esse percentual foi quase o dobro daquele encontrado por Braga et al. (2021) que foi de apenas 41,4% para crianças de 0 a 6 meses.

Não é recomendado oferecer sucos de frutas às crianças menores de um ano, ainda que seja o suco natural, feito somente com a fruta, já para aquelas entre um e três anos de idade, podem ser ofertados, porém com cautela. Isso se deve pelo fato de apresentarem menor teor de fibra quando comparado à fruta inteira e conferirem maior valor calórico e menor saciedade. Outra questão é a possibilidade do uso do suco como alternativa para matar a sede, dessa forma reduzindo o consumo de água (BRASIL, 2019). Todas as crianças do estudo consomem suco de frutas, com destaque para crianças entre 13 e 24 meses (74,5%). Esse consumo pode ser um dos motivos de algumas crianças do estudo não terem consumido água/chá nas últimas 24h. Cabe destacar ainda que o consumo de sucos pode levar ao consumo de açúcar, tendo em vista que adoçar o suco natural é um hábito comum para a maioria das pessoas.

O leite de vaca não deve ser ofertado a crianças menores de um ano, isso se deve a presença de quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro os quais podem sobrecarregar os rins da criança nos primeiros meses de vida. As proteínas nele contidas promovem ainda uma digestão mais lenta, além disso, possui quantidades insuficientes de vitaminas A, D e C. Outra questão importante para crianças nessa faixa etária é que o ferro contido no leite de vaca não tem o mesmo aproveitamento quanto o do leite materno, o que por sua vez pode levar à anemia (BRASIL, 2019). O consumo de leite de vaca encontrado no estudo, independente da faixa etária, foi abaixo de 22%, sendo que nenhuma criança (0,0%) na faixa etária de 0 a 6 meses consumiu esse alimento e 15,8% daquelas de 7 a 12 meses o fizeram,

dados esses inferiores aos encontrados por Saldan et al. (2017), em que 29,6% e 74,2% das crianças consumiram leite de vaca nas mesmas faixas etárias, respectivamente.

Deve-se estimular o consumo de hortaliças, legumes e frutas pelas crianças uma vez que são fontes essenciais de vitaminas, minerais, fibras e outros nutrientes primordiais para garantir seu crescimento e desenvolvimento adequado (BRASIL, 2019).

Ao avaliar os legumes, nota-se que crianças de todas as faixas os consomem, destacando-se um maior percentual para crianças entre 7 e 12 meses, diferente dos achados de Souza et al. (2020), no qual o maior percentual de consumo para esses alimentos se encontrou na faixa etária de 12 a 23,9 meses. Encontra-se ainda um baixo consumo de hortaliças em todas as faixas etárias, sendo o maior percentual para crianças entre 13 e 24 meses (36,4%), os dados corroboram os encontrados por Sobral (2015), em que encontrou um baixo consumo de hortaliças para crianças de 6 a 24 meses no município de Vitória de Santo Antão - PE.

Os dados nos trazem ainda que as frutas são os alimentos mais consumidos por crianças de 0 a 6 meses depois de água/chá, destacando-se um aumento do consumo à medida que aumenta a faixa etária, com um consumo de 89,1% para crianças de 13 a 24 meses, sendo a faixa etária de maior percentual de consumo. Esse percentual ainda é considerado baixo já que a oferta de frutas deve ser diária e em diferentes porções a depender da idade da criança (SBP, 2021).

Quanto a feijão e arroz/batata/mandioca/macarrão, observou-se um aumento no consumo à medida que aumenta a faixa etária, sendo o grupo de alimentos em questão o mais consumido pelas crianças da faixa etária de 13 a 24 meses (96,3%), notando-se também um alto consumo de feijão (87,3%) na mesma faixa etária. Esses achados corroboram com os encontrados por Schneider et al. (2020) e Souza et al. (2020), que observaram o aumento do percentual de consumo desses alimentos à medida que a criança vai crescendo, destacando o arroz e feijão entre os alimentos de maior consumo regular nessa faixa etária. A combinação composta por arroz e feijão faz parte da dieta tradicional brasileira, e está na mesa da maioria da população, mesmo na possível ausência de outros alimentos.

Sobre o consumo de carne e ovos, nota-se o menor percentual de consumo para crianças entre 7 e 12 meses, no qual somente 31,6% das crianças tiveram acesso a esses alimentos, isso é preocupante considerando a importância do consumo de proteínas dentro de uma dieta adequada, além disso, esse baixo consumo pode estar associado a situação de insegurança alimentar na qual 60,3% das famílias se encontram associado ao alto custo da maioria das proteínas de origem animal. O que corrobora com Silva (2023) que destacou que o grupo carnes apresenta um baixo consumo para famílias em situação de insegurança alimentar. Ademais, em

seu estudo, Sobral (2015) também encontrou um baixo percentual de consumo desses alimentos pela maioria das crianças de 6 a 11 meses (24%). De acordo com a SBP (2021) o consumo de carne é fundamental para garantir oferta adequada de ferro, zinco e vitamina B12. Além disso, os ovos também se destacam como excelente fonte proteica e de cofatores de alta eficiência nutricional, tendo como benefício o baixo custo, e consequentemente, torna-se um alimento mais acessível à maioria da população brasileira, especialmente as parcelas mais pobres da população.

Alimentos ultraprocessados não devem ser oferecidos a crianças menores de dois anos, no entanto, devido à interrupção precoce do aleitamento materno associada a falta de informações, condições financeiras, praticidade, entre outros fatores, a oferta desses alimentos vem sendo cada vez mais ampliada. Esses alimentos que incluem, biscoitos recheados, sucos industrializados, salgadinhos, refrigerantes e doces são muito pobres nutricionalmente, além de que podem conter uma alta concentração de açúcares, carboidratos refinados, gorduras saturadas e sódio, entre outros ingredientes, que em excesso são prejudiciais a saúde da criança (BRASIL, 2019; GIESTA et al., 2019).

Com relação ao consumo de papinha doce ou salgada, notou-se um percentual de consumo semelhante para todas as faixas etárias, o que não é recomendado, tendo em vista que a partir do nono mês de vida recomenda-se fazer uma progressão gradativa para a refeição da família, considerando ajustes da consistência, favorecendo o desenvolvimento da mastigação, e a partir do décimo segundo mês de vida é esperado que a criança esteja consumindo a mesma comida da família (BRASIL, 2019; SBP, 2021).

Achados de Spaniol et al. (2020) identificaram que o consumo de biscoitos ocorreu antes dos 6 meses de vida e aumentou gradativamente com a idade. Comportamento de consumo semelhante ao encontrado nas crianças deste estudo, em que o consumo foi de 33,3% para 67,3% para crianças de 0 a 6 meses e 13 a 24 meses, respectivamente.

Para o consumo de salgadinhos, refrigerantes e o grupo de “doces”, que inclui bala/pirulito/chocolate/guloseimas, percebeu-se que não houve introdução antes dos 6 meses, sendo o refrigerante introduzido somente entre 13 e 24 meses. Esses dados diferem dos encontrados por Schneider et al. (2020), que identificou a introdução de refrigerante antes de 12 meses de idade para 20% das crianças estudadas e dos encontrados por Soares et al. (2022) no qual 1,7% das crianças antes dos seis meses já faziam consumo de refrigerante. Bem como dos achados de Neves e Madruga (2019) que identificaram o consumo de salgadinhos, refrigerantes e doces por crianças nas faixas etárias de 0 a 6 meses e de 6 a 24 meses. Nosso estudo identificou que com relação aos salgadinhos e o grupo de doces notou-se um maior

percentual de consumo para a faixa etária de 13 a 24 meses (25,5% e 32,7%, respectivamente), o que difere do encontrado por Sobral (2015) para os mesmos alimentos, que verificou que o consumo foi consideravelmente inferior (8,0%) para salgadinhos e superior para doces (48,0%).

Com relação ao consumo de alimentos pelas crianças em AM e em interrupção do AM, notou-se que, com exceção das frutas, todos os demais alimentos avaliados apresentam um maior consumo por crianças que não estavam recebendo leite materno, embora exista diferença no percentual de consumo entre as duas variáveis, essa diferença é muito pequena para todos os alimentos estudados, o que indica que o aleitamento materno não "protegeu" as crianças do consumo dos alimentos, independentemente de sua origem.

Os dados corroboram aos encontrados por Passanha, Benício e Venâncio (2018) que analisando se o aleitamento materno associa-se a menores prevalências de consumo de bebidas ou alimentos adoçados entre lactentes, constatou que aqueles que se encontravam em aleitamento materno apresentaram menores prevalências de consumo de bebidas ou alimentos adoçados. Os estudos de Relvas, Buccini e Venâncio (2019) e Andrade et al. (2022) também identificaram que crianças que não eram amamentadas apresentaram maior prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados. Ademais, a ingestão de leite materno foi associada ainda a menor chance de consumir alimentos não recomendados, como biscoitos, iogurte e refrigerantes (SPANIOL et al. 2020).

Com relação ao estado nutricional verificou-se que a maioria das crianças (88,1%) se encontravam com peso adequado para a idade, o que se correlaciona com os achados de Benvindo et al. (2019), que estudaram crianças menores de dois anos e Soares et al. (2022) que analisaram crianças de 6 a 24, ambos também encontraram maior prevalência de peso adequado para a idade em seus estudos.

Ainda com relação ao estado nutricional viu-se que 7,1% das crianças apresentavam baixo peso ou muito baixo peso para a idade. A interrupção do aleitamento materno e a introdução alimentar precoce afetam o desenvolvimento da criança e estão associados a déficit de crescimento linear e aumento da prevalência de baixo peso para idade. Isso se dá em parte, devido à exposição a maior risco de infecções gastrointestinais, devido à introdução de alimentos e água contaminados, o que contribui para maior risco de desenvolvimento de diarreia, o que por sua vez pode propiciar à desnutrição e comprometer o sistema imune. Além disso, evidências mostram que uma proporção substancial de desnutrição infantil ocorre durante o período de AC (6–23 meses), o que está associado, entre outras questões, à baixa ingestão energética devido ao consumo de quantidades insuficientes e/ou de má qualidade de alimentos complementares (GONÇALVES et al., 2019; MACIEL et al., 2021). Estudos trazem ainda, que

a interrupção do aleitamento materno e introdução alimentar precoce estão associados a maiores chances de desenvolvimento de sobrepeso/obesidade na fase adulta (MANNAN, 2018).

Algumas limitações precisam ser consideradas na interpretação dos resultados deste estudo. Dentre elas destacam-se aquelas referentes ao tipo de estudo, não sendo possível fazer uma avaliação contínua das práticas de alimentação complementar das crianças, visto que o estudo é do tipo transversal. Além disso, o tamanho amostral foi escasso, especialmente para avaliar práticas de amamentação exclusiva. Outra limitação foi o viés de memória devido à natureza retrospectiva da coleta de dados, com relação ao inquérito alimentar utilizado (recordatório de 24h), além disso, o recordatório pode subestimar o consumo de alguns tipos de alimentos. Porém, o estudo se trata de uma pesquisa com um tema pouco explorado na região e no curso de nutrição, que foi realizada por meio de inquérito domiciliar, e assim, trouxe contribuições através dos dados coletados, especialmente para o monitoramento da efetividade do Programa Criança Feliz.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa pesquisa foi possível caracterizar as crianças e famílias acompanhadas pelo Programa Criança Feliz residentes no município de Cuité (PB) e analisar as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar das crianças estudadas.

A prevalência do aleitamento materno foi identificada como inadequada, considerando que somente metade das crianças estudadas estavam em aleitamento materno no momento da pesquisa e apenas pouco mais da metade daquelas entre 12 e 24 meses continuam sendo amamentadas. Além disso, a maioria das crianças é desmamada antes do sexto mês de vida e muitas sequer chegam a receber aleitamento materno até completar o primeiro mês. Práticas essas inadequadas, considerando as recomendações dos órgãos competentes que indicam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e amamentação continuada até pelo menos os 24 meses.

Ademais, a avaliação da alimentação complementar mostra práticas inadequadas, como a introdução inoportuna de alimentos antes de completar o sexto mês de vida, o que pode estar relacionado à interrupção precoce do aleitamento materno. Apesar de ter identificado o elevado consumo de alimentos *in natura,* as crianças estudadas também apresentaram consumo de alimentos não indicados para a faixa etária, como leite de vaca, suco de frutas, alimentos ultraprocessados, alimentos ricos em açúcar, além da ingestão insuficiente de água, hortaliças, frutas, carnes e feijão, bem como o consumo de alimento com consistência inadequada para a idade.

Outrossim, embora a maioria das crianças se encontrem com o peso adequado para a idade, não podemos esquecer aquelas que estão com peso elevado e abaixo do peso para a idade. Questões essas que podem estar diretamente relacionadas ao aleitamento materno e alimentação complementar inadequada.

Essas inadequações, por sua vez, podem estar relacionadas a fatores sociais e culturais e indicam a necessidade de ampliação de políticas públicas que busquem promover uma alimentação adequada e saudável para toda a família, garantindo a universalização de medidas a fim de reduzir desigualdades sociais. Ademais, é de fundamental importância ampliação de políticas públicas que visem promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como da introdução adequada da alimentação complementar. Dessa forma, possibilitando oportunizar que as crianças cresçam e se desenvolvam de forma adequada e saudável.

REFERÊNCIAS

ADHIKARI, N.; ACHARYA, K.; UPADHYA, D. P.; PATHAK, S.; POKHAREL, S.; PRADHAN, P. M. S. Infant and young child feeding practices and its associated factors among mothers of under two years children in a western hilly region of Nepal. **PloS one**, v. 16, n.12, 2021.

ANDRADE, E. D. O.; REBOUÇAS, A. S.; FILHO, J. Q.; AMBIKAPATHI, R.; CAULFIELD, L. E.; LIMA, A. A. M.; MACIEL, B. L. L. Evolution of infant feeding practices in children from 9 to 24 months, considering complementary feeding indicators and food processing: Results from the Brazilian cohort of the MAL-ED study. **Maternal & Child Nutrition**, v. 18, n. 4, 2022.

ANDRADE, L. D. de; GOMES, D. R.; PIRES, N. C. C.; SILVA, I. L. D. da; OLIVEIRA, E. A. de; OLIVEIRA, D. S. de. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 20, n. 4, p. 610–618, 2021.

ANDRADE, H. S.; PESSOA, R. A.; DONIZETE, L. C. V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–11, 2018.

BENVINDO, V.; DUTRA, Á.; MENENGUCI, M.; ALMEIDA, N.; RODRIGUES, A.; CARDOSO, P. Indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade: uma realidade para a implantação da estratégia Amamenta e Alimenta Brasil na atenção básica de Governador Valadares-MG. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, p.1-18, 2019.

BRAGA,I.R.; SILVA,L.S.; MONTEIRO, L.S.; SPERANDIO, N.; LIMA, F.F.; PEREIRA, S.; CAPELLI. J.C.S. Práticas Alimentares de crianças menores de 12 meses de idade usuárias da Atenção Básica de Saúde. **Saúde em redes**.v.7, n. 3., p.201-2017, 2021.

BLACK, R. E.; VICTORA, C. G.; WALKER, S. P.; BHUTTA, Z. A.; CHRISTIAN, P.; DE ONIS, M.; EZZATI, M.; GRANTHAM-MCGREGOR, S.; KATZ, J.; MARTORELL, R.; UAUY, R.; MATERNAL AND CHILD NUTRITION STUDY GROUP. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 382, n. 9890, p. 427–451, 2013.

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; MONTEIRO, F.R.; VENÂNCIO, S.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

BRASIL. **Caderneta da Criança**: Menina – Passaporte da cidadania. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. **Caderneta da Criança**: Menino – Passaporte da cidadania. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho de Saúde - Campanha nacional busca estimular aleitamento materno,** 2022c. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-

cns/2584-campanha-nacional-busca-estimular-aleitamento-materno#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde,os%202%20anos%20de%20idade. Acesso em: 14 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Leite Materno: o primeiro contato do bebê com a comida de verdade,** 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2021/leite-materno-o-primeiro-contato-do-bebe-com-a-comida-de-verdade. Acesso em: 13 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança - Nova versão da Caderneta da Criança será enviada para todo o Brasil,** 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil. Acesso em: 14 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Situação alimentar e nutricional de crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Manual de orientações para ações intersetoriais do programa criança feliz.** São Paulo: Agência Galo, 2022d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **O que é o Programa Criança Feliz,** 2022e. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/o-que-e-pcf-2. Acesso em: 19 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Manual do Visitador: cartilha**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021c.

CAMPBELL, R. K.; AGUAYO, V. M.; KANG, Y.; DZED, L.; JOSHI, V.; WAID, J.; GUPTA, S. D.; HASELOW, N.; WEST JR, K. P. Infant and young child feeding practices and nutritional status in Bhutan. **Maternal and Child Nutrition**, v. 14, 2018.

DALLAZEN, C.; SILVA, S. A.; GONÇALVES, V. S. S.; NILSON, E. A. F.; CRISPIM, S. P.; LANG, R. M. F.; MOREIRA, J. D.; TIETZMANN, D. C.; VÍTOLO, M. R. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

ELDRIDGE, A. L.; CATELLIER, D. J.; HAMPTON, J. C.; DWYER, J. T.; BAILEY, R. L. Trends in Mean Nutrient Intakes of US Infants, Toddlers, and Young Children from 3

Feeding Infants and Toddlers Studies (FITS). **The Journal of Nutrition**, v. 149, n. 7, p. 1230–1237, 2019.

FELISBINO-MENDES, M. S.; VILLAMOR, E.; VELASQUEZ-MELENDEZ, G. Association of Maternal and Child Nutritional Status in Brazil: A Population Based Cross-Sectional Study. **PLoS ONE**. v. 9, n. 1, 2014.

FERREIRA, H. L. O. C.; OLIVEIRA,M.F.; BERNARDO, E.B.R.; ALMEIDA, P.C.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 683–690, 2018.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **OMS - Benefícios da amamentação superam riscos de infecção por COVID-19,** 2020.Disponível em: https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1963-oms-beneficios-da-amamentacao-superam-riscos-de-infeccao-por-covid-19. Acesso em: 15 de maio de 2023.

GIESTA, J.M.; ZOCHE, E.; CORREA, R.S.; BOSA, V.L. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.24, n.7, p. 2387-2397, 2019.

GONÇALVES, V. S. S. et al. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, 2019.

HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. **Long-term effects of breastfeeding – A Systematic Review**. Geneva: World Health Organization, 2013.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cuité. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/cuite.html. Acesso em 30 de novembro de 2022.

KAVLE, J. A. LACROIX, E.; DAU, H.; ENGMANN, C. Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low-and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 17, p. 3120–3134, 2017.

LEÃO, L.; ANTUNES, B.; OLIVEIRA, C.; BRITO, M.; PINHO, L. Alimentos fontes de ferro e vitamina C consumidos entre lactentes da atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.23, n.2, 2018.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual.** Human Kinetics: Champaign, 1988.

LOPES, W.C.; PINHO, L.; CALDEIRA, A.P.; LESSA, A. C. Consumo de alimentos ultraprocessados por menores de 24 meses e fatores associados. **Revista Paulista de Pediatria**, v.38, p.1-8, 2020.

LOUZADA, M. L. C.; COSTA, C.S.; SOUZA, T. N.; CRUZ, G. L., LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n.3, 2021.

MACIEL, B.L.L.; MORAES, M.L.; SOARES, A.M.; CRUZ, I.S.F.; ANDRADE, M.I.R.; FILHO, J.Q.; JÚNIOR, F.S.; COSTA, P.N.; ABREU, C.B.; AMBIKAPATHI, R.; GUERRANT, R.L.; CAULFIELD, L.E.; LIMA, A.A.M. Infant feeding practices and determinant variables for early complementary feeding in the first 8 months of life: results from the Brazilian MAL-ED cohort site. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 13, p. 2462–2470, 2018.

MACIEL, B. L. L.; COSTA, P. N.; FILHO, J. Q.; RIBEIRO, S. A.; RODRIGUES, F. A. P.; SOARES, A. M.; JÚNIOR, F. S.; AMBIKAPATHI, R.; MCQUADE, E. T. R.; KOSEK, M.; AHMED, T.; BESSONG, P.; KANG, G.; SHRESTHRA, S.; MDUMA, E.; BAYO, E.; GUERRANT, R. L.; CAULFIELD, L. E.; LIMA, A. A. M. Higher Energy and Zinc Intakes from Complementary Feeding Are Associated with Decreased Risk of Undernutrition in Children from South America, Africa, and Asia. **The Journal of nutrition**, v.151, n.1, p.170–178, 2021.

MANNAN, H. Early Infant feeding of formula or Solid and risk of childhood overweight or obesity in a socieconomically disadvantaged region of Australia: a longitudinal cohort analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 8, p.1685, 2018.

MDS e SAGI. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. 2014.

MIA, M. N.; RAHMAN, M. S.; ROY, P. K. Sociodemographic and geographical inequalities in under- and overnutrition among children and mothers in Bangladesh: a spatial modelling approach to a nationally representative survey. **Public Health Nutrition**, v. 21, n.13, p. 2471–2481, 2018.

MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S.; BLUMENBERG, C.; BARCELOS, R. S.; BORTOLOTTO, C. C.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS JÚNIOR, H. G.; SANTOS, L. M.; CORREA, L. L.; SOUZA, M. R.; LIRA, P. I. C.; ALTAFIM, E. R. P.; MACANA, E. C.; VICTORA, C. G. Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n.2, 2022.

NEVES, A.M.; MADRUGA, S,W. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.28, n.1, 2019.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.**Com apoio da OPAS, Brasil promove aleitamento materno e alimentação complementar adequada e saudável em creches,** 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/4-8-2022-com-apoio-da-opas-brasil-promove-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar#:~:text=Por%20isso%2C%20a%20recomenda%C3%A7%C3%A3o%20da,m%C3%AAs%20de%20vida%20da%20crian%C3%A7a. Acesso em: 15 de junho de 2023.

PASSANHA, A.; BENÍCIO, M. H. D.; VENÂNCIO, S. I. Influência do aleitamento materno sobre o consumo de bebidas ou alimentos adoçados. **Revista Paulista de Pediatria,** v.36, n.2, p.148–154, 2018.

PEDRAZA, D.F.; MENEZES, T.N. Characterization of anthropometric assessment studies of Brazilian children attending daycare centers. **Revista Paulista de Pediatria**, v.34, p.216–224, 2016.

PEREIRA, I. F. S.**;** ANDRADE, L.M.B.; SPYRIDES, M.H.C.; LYRA, C.O. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.10, p. 3341–3352, 2017.

RELVAS, G. R. B.; BUCCINI, G.S.; VENANCIO, S. I. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. **Jornal de Pediatria**, v.95, n.5, p.584–592, 2019.

RIGOTTI, R.R.; OLIVEIRA, M.I.C.D.; BOCCOLINI, C.S. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second six months of life. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.4, p. 1235-1244, 2015.

RITO, A. I.; BUONCRISTIANO, M.; SPINELLI, A.; SALANAVE, B.; KUNEŠOVÁ, M.; HEJGAARD, T.; GARCÍA SOLANO, M.; FIJAŁKOWSKA, A.; STURUA, L.; HYSKA, J.; KELLEHER, C.; DULEVA, V.; MUSIĆ MILANOVIĆ, S.; FARRUGIA SANT'ANGELO, V.; ABDRAKHMANOVA, S.; KUJUNDZIC, E.; PETERKOVA, V.; GUALTIERI, A.; PUDULE, I.; PETRAUSKIENĖ, A.; BREDA, J. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017. **Obesity Facts**, v. 12, n. 2, p. 226–243, 2019.

ROLLINS, N. C.; BHANDARI, N.; HAJEEBHOY, N.; HORTON, S.; LUTTER, C. K.; MARTINES, J. C.; PIWOZ, E. G.; RICHTER, L. M.; VICTORA, C. G.; LANCET BREASTFEEDING SERIES GROUP. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 2016.

SALDAN, P.C.; VENÂNCIO, S.I.; SALDIVA, S.R.D.M.; VIEIRA, D.G.; MELLO, D.F. Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v.35, n.4, p.407–414, 2017.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos - 2021.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. São Paulo: SBP, 2021.

SCHNEIDER, B. C.; GATICA-DOMÍNGUEZ, G.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, A. J. D.; SANTOS, I. S.; SILVEIRA, M. F. Introduction to complementary feeding in the first year of life and risk of overweight at 24 months of age: changes from 2004 to 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohorts. **British Journal of Nutrition**, v. 124, n. 6, p. 620–630, 2020.

SILVA, L.K.C. **Fatores associados a duração do aleitamento materno exclusivo no município de João Pessoa-PB**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2021.

SILVA, V. A. A. L.; CAMINHA, M. F. C.; SILVA, S. L.; SERVA, V. M. S. B. D.; AZEVEDO, P. T. A. C. C.; BATISTA, M. Maternal breastfeeding: indicators and factors

associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. **Jornal de Pediatria**, v.95, n.3, p.298–305, 2019.

SILVA, A.M. A situação de insegurança alimentar nas famílias brasileiras e as diferenças no consumo de alimentos. **Jornal da USP** [online], São Paulo, 01 fev. 2023. Disponível em: https://jornal.usp.br/?p=603929. Acesso em: 19 de junho de 2023.

SOARES, M.M.; RIBEIRO, A.Q.;z. PEREIRA, P.F;. FRANCESCHINI, S.C.C.; ARAUJO, R.M.A. Características maternas e infantis correlacionadas à frequência do consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de 6 a 24 meses. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.22, n.2, p.375-383, 2022.

SOBRAL, A.L.L. **Alimentação complementar e estado nutricional de crianças desmamadas de seis a vinte quatro meses do município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco.** 2015. Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2015.

SOUZA, J. P.O.; FERREIRA, C. S.; LAMOUNIER, D. M. B.; PEREIRA, L. A.; RINALDI, A. E. M. Caracterização da alimentação de crianças menores de 24 meses em Unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, p.1-9, 2020.

SPANIOL, A. M.; COSTA, T. H. M.; BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B. Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 330, 2020.

TADESSE, F.; ALEMAYEHU, Y.; SHINE, S.; ASRESAHEGN, H.; TADESSE, T. Exclusive breastfeeding and maternal employment among mothers of infants from three to five months old in the Fafan zone, Somali regional state of Ethiopia: a comparative cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1015, 2019.

UFRJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019**. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021a.

UFRJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI – 2019**. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021b.

UFRJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019**. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022.

UNICEF. United Nations Children's Fund.**The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world**. New York: UNICEF, 2019.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period**. New York: UNICEF, 2020.

VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J.; FRANÇA, G. V.; HORTON, S.; KRASEVEC, J.; MURCH, S.; SANKAR, M. J.; WALKER, N.; ROLLINS, N. C.; LANCET BREASTFEEDING SERIES GROUP. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016.

WHO - World Health Organization; UNICEF -The United Nations Children's Fund. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices Definitions and measurement methods**. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding,** 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding. Acesso em: 13 nov. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding,** 2022. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding#tab=tab_1. Acesso em: 13 nov. 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J.O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Centro de Educação e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado "**Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância e Insegurança Alimentar entre crianças acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité – PB**", desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande e o Programa Criança Feliz.

Se o (a) Sr(a). aceitar participar dessa pesquisa, sua participação no estudo consistirá em responder perguntas sobre condições sociais, insegurança alimentar e avaliação do desenvolvimento infantil da criança acompanhada pelo Programa Criança Feliz. O teste que será aplicado determinará o nível atual de desenvolvimento da criança, logo, não é um teste de QI nem de diagnósticos.

Sua participação nesse estudo tem riscos mínimos, porque obteremos as informações por meio de conversa/entrevista. Algumas questões podem fazer com que o Sr(a). se sinta desconfortável em responder. Se o Sr(a). se sentir desconfortável, por favor, compartilhe seu desconforto comigo e eu tentarei minimizá-lo. Além disso, o Sr(a). tem a liberdade de não responder, interromper a entrevista ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo.

Se o Sr(a). escolher participar, este estudo não trará benefícios diretos para você. Entretanto, embora este estudo não beneficie você pessoalmente, esperamos que nossos resultados possam contribuir com o aprimoramento do Programa Criança Feliz no município de Cuité.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo. O material coletado e os seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficará armazenado na Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité – UFCG/Centro de Educação e Saúde/ Unidade Acadêmica de Saúde/ Curso de Nutrição/ Sítio Olho d'água da Bica, s/n, CEP: 58175-000, na sala do Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde Coletiva (Núcleo PENSO), por um período de 5 anos, sob a responsabilidade Prof. Dra. Poliana de Araújo Palmeira. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador responsável pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o Sr(a). poderá entrar em contato com o coordenador responsável pelo estudo: Prof. Dra. Poliana de Araújo Palmeira, por meio do e-mail: poliana.palmeira@gmail.com ou telefone (84) 99649- 7873. O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, também poderá ser consultado caso o Sr(a). tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone 3372 – 1835 ou e-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **"Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância e Insegurança Alimentar entre crianças acompanhadas pelo Programa Criança Feliz no município de Cuité – PB".** Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

_____ _____

Assinatura do entrevistador **Assinatura do (a) entrevistado (a)**

APÊNDICE B - Questionário aplicado por meio da plataforma KoboToolbox.

QUESTIONÁRIO Criança Feliz

INFORMAÇÕES INICIAIS: preencher antes de iniciar o questionário

Entrevistador

- ◯ Andressa
- ◯ Isadora
- ◯ Izabel
- ◯ Jaqueline
- ◯ José Victor
- ◯ Larissa
- ◯ Leticia

Visitadora

- ◯ Amanda
- ◯ Assucena
- ◯ Crislaynne
- ◯ Ingrid
- ◯ Jessica
- ◯ Jordania
- ◯ Joselma
- ◯ Ligia Emanuele
- ◯ Marcela
- ◯ Mercia
- ◯ Paula Martins
- ◯ Paula Morais
- ◯ Rosy
- ◯ Rubenice

ID do questionário

_____

Nome do Entrevistado

_____

Localização

- ◯ Zona Urbana
- ◯ Zona Rural

I- DADOS GERAIS: vamos conversar sobre os seus dados e os da criança

1 - Data da entrevista

yyyy-mm-dd

2 - O que é da criança?

- ◯ Mãe
- ◯ Pai
- ◯ Avó
- ◯ Outro

2- No caso de ser outro responsável, o que seria da criança?

3 - Data de nascimento da criança:

yyyy-mm-dd

4 - Idade da criança (em meses e dias)

Faça o cálculo= data da entrevista - data de nascimento da criança

5 - Sexo da criança:

- ◯ Feminino
- ◯ Masculino

6 - Como você classifica a cor da criança?

- ◯ Branca
- ◯ Preta
- ◯ Parda
- ◯ Amarela
- ◯ Indígena
- ◯ Não sei

Telefones :
(anotar telefone fixo, celular e de contato, se possível)

_____

II - DADOS SOBRE A CRIANÇA: Quero fazer algumas perguntas sobre a criança

7 - A mãe da criança fez pré-natal?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

8 - Quantas consultas?

- ◯ 1 a 3
- ◯ 4 a 6
- ◯ 7 ou +
- ◯ Não sei/ Não lembro

9 - O bebê nasceu prematuro?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

10 - Foi prematuro, se sim, quantos meses?

_____

10 - Foi prematuro, se sim, quantas semanas?

_____

10 - Não sabe quantos meses ou semanas o bebê nasceu prematuro:

- ◯ Não sei/ Não lembro

11 - Qual o peso de nascimento do bebê em gramas?
Pergunta a partir da última vez que a criança foi pesada

_____

11- Não sabe/ Não lembra o peso do bebê:

- ◯ Não sei/ Não lembro

12 - A criança teve algum problema ao nascimento?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei/Não lembro

13 - Se sim, qual?

_____

14- Foi amamentado na primeira hora de vida?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei/ Não lembro

15- A criança ainda mama no peito?

- ◯ Sim
- ◯ Sim, só no peito (aleitamento exclusivo)
- ◯ Não
- ◯ Nunca mamou
- ◯ Não sei

16- Até quando a criança mamou no peito?
Perguntar em dias

_____

16- Até quando a criança mamou no peito?
Perguntar em meses

_____

16- Não sabe até quando a criança mamou no peito

- ◯ Não sei/Não lembro

17- Até quando a criança mamou somente no peito, sem água, chá ou outros líquidos? (em meses)

_____

17 - Não sabe até quando ele mamou somente no peito, sem água, chá ou outros líquidos

- ◯ Não sei/ Não lembro

18- Desde ontem de manhã até hoje de manhã, o que seu filho comeu?
Eu vou perguntar os alimentos e você responde sim ou não:

Leite de vaca:

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Água/chá

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Suco natural

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Carnes/ovos

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Legumes

Frutos, as raízes, os caules e os tubérculos. Ex.: Tomate, Abóbora ou Jerimum, Cenoura, Batata doce, Beterraba, entre outros.

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Verduras ou Hortaliças

Folhas, ex.: Acelga, Alface, Agrião, Brócolis, Couve, Couve-flor, Espinafre, Hortelã, Rúcula, Salsão, entre outros.

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Frutas

Ex.: Maçã, Melancia, Mamão, Pera, Laranja, Manga, entre outras.

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Arroz, Batata, Mandioca, Macarrão

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Feijão

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Refrigerante

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Biscoto Salgado/Doce

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Salgadinho de pacote

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Bala, Pirulito, Chocolate, Guloseimas

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

Papinha doce/salgada

Ex.: Papinha de Amido ou Maizena, Mingau de Aveia ou Papinha de Farinha

- Sim
- Não
- Não sei/Não lembro

19 - A criança possui a caderneta da criança?

- Sim e leu
- Sim, leu em parte
- Sim, nunca leu
- Não possui
- Não sei/ Não lembro

20 - A criança costuma ter consultas agendadas para acompanhamentos?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

21 - Onde a criança tem a maioria das consultas agendas?

- ◯ UBS/Saúde da Família
- ◯ Serviço particular/ convênio
- ◯ Não sei

22 - Quando foi a última vez que a criança foi a uma consulta?

- ◯ Último mês
- ◯ 1 - 3 meses
- ◯ 4 - 6 meses
- ◯ 6 - 12 meses
- ◯ > 12 meses
- ◯ Não sei

23 - A criança frequenta creche/escolinha/educação infantil?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

III - DADOS DA FAMÍLIA: agora vou fazer perguntas sobre a família

24 - Participa de algum programa social?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

25 - Qual?

- ◯ Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)
- ◯ Benefício de Prestação Continuada (BPC)
- ◯ Seguro Safra
- ◯ Outro

25 - Qual outro programa social?

26 - Quem é o responsável pelo domícilio?

Pessoa que é responsável pela alimentação

- ◯ O pai da criança
- ◯ A mãe da criança
- ◯ Outro

26 - Se não o pai ou a mãe da criança, quem é o responsável pelo domicílio?

---

27 - Qual é a escolaridade do PAI da criança?

- ◯ Analfabeto
- ◯ Fundamental incompleto
- ◯ Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- ◯ Fundamental II completo/ Médio incompleto
- ◯ Médio completo/ Superior incompleto
- ◯ Superior completo
- ◯ Não lembro/ Não sei

28 - Qual a escolaridade da MÃE da criança?

- ◯ Analfabeto
- ◯ Fundamental incompleto
- ◯ Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- ◯ Fundamental II completo/ Médio incompleto
- ◯ Médio completo/ Superior incompleto
- ◯ Superior completo
- ◯ Não sei/ Não lembro

29 - Qual é a escolaridade do responsável da família? (caso não seja nem o pai, nem a mãe)

- ◯ Analfabeto
- ◯ Fundamental incompleto
- ◯ Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- ◯ Fundamental II completo / Médio incompleto
- ◯ Médio completo / Superior incompleto
- ◯ Superior completo
- ◯ Não sei/ Não lembro

30 - O responsável da família está:

- Empregado
- Desempregado
- Autônomo/ Informal
- Aposentado

31 - A mãe da criança está:

- Empregada
- Desempregada
- Autônoma/ Informal
- Aposentada

QUEREMOS, AGORA, CONHECER ALGUNS DADOS SOBRE A CASA EM QUE A CRIANÇA MORA

32 - Quantas pessoas têm o domicílio?

_____

33 - Qual a renda familiar?

_____

IV - COTIDIANO DA CRIANÇA: Vamos fazer algumas perguntas sobre o cotidiano da criança e sobre seu desenvolvimento

34 - Quem cuida da criança a maior parte do tempo?

- Mãe
- Pai
- Companheiro (a)
- Irmãos da criança
- Avós
- Babá
- Outros

35- Quantos livros de imagens a criança tem?

- Nenhum
- 1 - 3
- 4 - 6
- 7 - 9
- 10 ou mais
- Não sei

36 - A criança brinca com:

Ler todas as alternativas (pode marcar mais de uma)

- [ ] Brinquedos caseiros (tais como bonecas, carros ou outros brinquedos feitos em casa)
- [ ] Brinquedos de uma loja ou brinquedos fabricados
- [ ] Objetos domésticos (como bacias ou vasos) ou objetos encontrados fora (paus, pedras, conchas de animais ou folhas)
- [ ] Brinquedos eletrônicos (smartphones ou tablets)
- [ ] Não tem brinquedos

37 - A criança assiste TV? Quantos dias da semana?

- ◯ Não assiste
- ◯ 1 a 3 dias
- ◯ 4 a 6 dias
- ◯ Todos os dias
- ◯ Não sei

38 - Na última semana você ou qualquer outro membro da família com 15 anos de idade ou mais se envolveu em qualquer uma das seguintes atividades com a criança:

Ler todas as alternativas (pode marcar mais de uma)

- [ ] Olhou figuras de livros com a criança
- [ ] Contou histórias para a criança
- [ ] Cantou músicas para a criança ou com sua criança? Incluindo canções de ninar
- [ ] Levou a criança para passear
- [ ] Jogou ou brincou com a criança
- [ ] Nomeou, contou ou desenhou coisas com a criança

V - PERCEPÇÃO SOBRE A SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

39 - A criança tem algum problema de saúde ou no crescimento?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

40 - Qual?

_____

41 - Na sua opinião, considera o desenvolvimento da criança normal para a idade?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

42 - Peso ATUAL da criança?

Pesar a criança

_____

VI – PERCEPÇÃO SOBRE O PROGRAMA CRIANÇA FELIZ

43 - Você recebe visitas regulares da visitadora do Programa Criança Feliz?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

44 - Se sim, quantas vezes por semana ou mês?

- ◯ 1 vez por semana
- ◯ 2 a 3 vezes por semana
- ◯ 1 vez por mês
- ◯ 2 a 3 vezes por mês

45 - Alguma vez a visitadora falou ou aconselhou alguma coisa sobre como cuidar do seu filho (a) para ele crescer e se desenvolver bem?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

46 - Você acredita que o Programa Criança Feliz ajudou o seu filho (a) a crescer e se desenvolver bem?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

47 - Você acredita que depois do Programa Criança Feliz você passou a interagir mais com o seu filho (a)?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei

ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA): nomeie os últimos 3 meses para situar melhor o estrevistado (ex.: entre janeiro e março ...)

1 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a PREOCUPAÇÃO de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

2 - Nos últimos três meses, os alimentos ACABARAM antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

3 - Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram SEM DINHEIRO para ter uma alimentação SAUDÁVEL E VARIADA?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

4 - Nos últimos três meses os moradores deste domicílio comeram apenas ALGUNS POUCOS tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

Se o entrevistado respondeu NÃO para as quatro primeiras perguntas encerrar o questionário

5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS de idade DEIXOU DE FAZER alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS de idade, alguma vez COMEU MENOS do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS de idade, alguma vez SENTIU FOME, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

8 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS de idade, alguma vez fez apenas UMA REFEIÇÃO ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sabe/Não respondeu

9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, DEIXOU DE TER uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sabe/Não respondeu

10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, NÃO COMEU QUANTIDADE SUFICIENTE de comida, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sabe/Não respondeu

11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi DIMINUÍDA A QUANTIDADE de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sabe/Não respondeu

12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade DEIXOU DE FAZER alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sabe/Não respondeu

13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade SENTIU FOME, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?

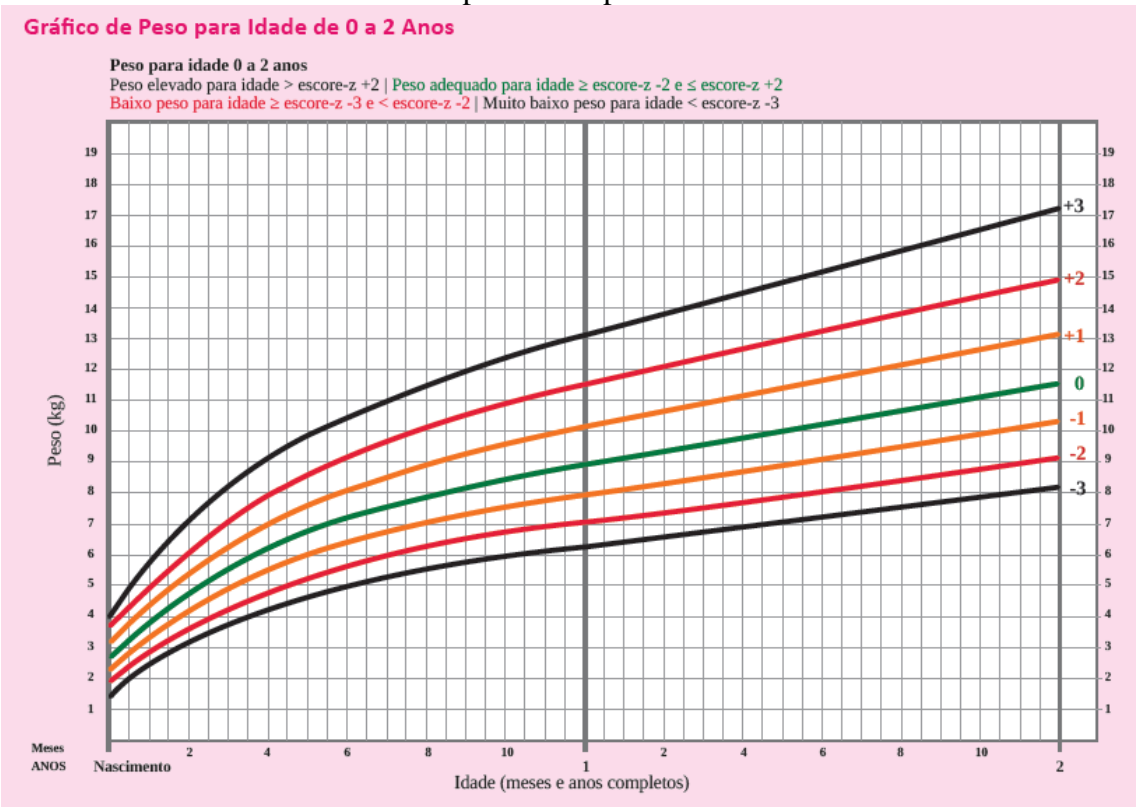
- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sabe/Não respondeu

14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade FEZ APENAS UMA REFEIÇÃO ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sabe/Não respondeu

ANEXO

ANEXO A - Gráfico da curva de Peso para idade para meninas de 0 a 2 anos.



ANEXO B - Gráfico da curva de Peso para idade para meninos de 0 a 2 anos.

