



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**GRACIELLE MALHEIRO DOS SANTOS**

**ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS  
MENORES DE UM ANO E SUA RELAÇÃO COM A  
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

CAMPINA GRANDE – PB  
2012

**GRACIELLE MALHEIRO DOS SANTOS**

**ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS  
MENORES DE UM ANO E SUA RELAÇÃO COM  
A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti  
Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

CAMPINA GRANDE - PB  
2012

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

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S237a Santos, Gracielle Malheiro dos.  
Aleitamento materno em crianças menores de um ano e sua relação com a segurança alimentar e nutricional. [manuscrito] / Gracielle Malheiro dos Santos. – 2012.  
**86 f. : il.**

**Digitado**  
**Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –**  
**Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de**  
**Pós-Graduação e Pesquisa, 2012.**

“Orientação: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Departamento de Odontologia”.

1. Segurança alimentar. 2. Aleitamento materno. 3. Nutrição infantil. I. Título.

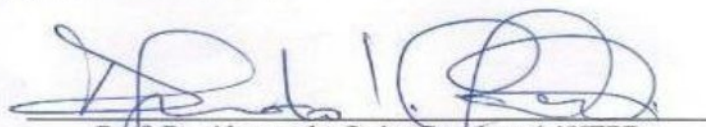
21. ed. CDD 649.33


**GRACIELLE MALHEIRO DOS SANTOS**


**ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

Orientador(a): Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti  
Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Aprovada em: 30 DE NOVENBRO DE 2012

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti / UEPB  
Co-orientador

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Damelle Franklin de Carvalho / UEPB  
Examinadora interna

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares / UFPB  
Examinadora externa

Aos \_\_\_\_\_

Aos meus pais, Linaldo e Lúcia, pelo exemplo de vida e apoio.

Ao meu querido Leo, pela paciência e ajuda.

Aos professores que participaram desta construção, especialmente Prof. Rodrigo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ao professor Dr. Alessandro, pela compreensão e auxílio em momentos difíceis.

Ao professor Dr. Rodrigo, pela paciência, solidariedade e atenção dispensada em todos os momentos. Sem sua ajuda não poderia ter chegado ao fim desse trabalho. Obrigado por ser compreensivo, pelas lições de vida e de profissão.

A todos os envolvidos que, direta ou indiretamente, contribuíram com o projeto em toda sua execução e análise.

*"Tudo é uma questão de manter a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranquilo..."*

*(Walter Franco)*

## RESUMO

Esta pesquisa objetivou avaliar a associação entre a duração do aleitamento materno entre crianças menores de um ano segundo a situação de segurança alimentar e nutricional nos domicílios em que elas residem. Foi realizado em 2005 um estudo longitudinal, retrospectivo com amostra intencional em 14 municípios do estado da Paraíba, no qual foram entrevistadas 301 famílias que possuíam crianças menores de um ano. Aplicou-se um questionário estruturado sobre características socioeconômicas, de moradia, saúde materna, práticas alimentares das crianças, amamentação e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. As durações medianas do aleitamento materno exclusivo e total foram calculadas pela técnica de sobrevivência de *Kaplan-Meier*. Utilizou-se o teste de *Log-Rank* para a comparação dos tempos de aleitamento segundo a situação de segurança e os níveis de insegurança alimentar e nutricional. As variáveis foram incluídas em um modelo multivariado de regressão de *Cox* de acordo com a estatística *Wald* com o cálculo do *hazard ratio*. Realizou-se a análise estatística por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15. A média da idade foi de 5,8 meses (IC95%:5,4–6,2) entre as crianças estudadas, destas 57,7% eram do sexo feminino e 58,7% foram declaradas de etnia parda/negra. A maioria das mães ou responsáveis apresentaram baixo nível socioeconômico e de moradia, sendo aqueles que residiam em zona rural possuidores de pior condição. Dentre as mães das crianças avaliadas verificou-se um grande número de gestações e filhos, além de alta frequência de cesarianas. Na gestação, a maior parte das mães recebeu orientações sobre amamentação (86,6%). As características que muito ajudam na amamentação, segundo as mães, foram a boa alimentação da mãe, fazer o pré-natal, ter mais tempo para cuidar do bebê e o pai da criança apoiar a prática. Os aspectos considerados prejudiciais à amamentação foram mamas empedradas, inflamação das mamas, a mãe estar doente e a mãe trabalhar fora. Água, leite fluído ou pó e chá foram os itens alimentares oferecidos com maior frequência às crianças avaliadas. A segurança alimentar nas famílias com crianças foi de 50,8%, enquanto a insegurança alimentar nos níveis leve, moderado e grave foi de 18,6%, 19,6% e 11,0%, respectivamente. O tempo mediano de aleitamento, segundo a análise de sobrevivência, durou 32,4 dias no aleitamento exclusivo (IC95%:27,9–36,9) e 214 dias (IC95%:165,6–262,0) no aleitamento total. A duração mediana do aleitamento exclusivo em função da segurança e insegurança alimentar leve ou moderada foi de 30,4 dias, contra 61,8 dias quando a família encontrava-se em insegurança alimentar grave (*Log-Rank*=4,4; *p*=0,036). Esteve associado significativamente com a duração do aleitamento exclusivo o acesso à coleta pública de lixo e a insegurança alimentar grave. Não foi possível verificar relação com as variáveis estudadas e o aleitamento total devido ao alto número de censuras. Conclui-se que as mães estudadas mantiveram maior tempo de aleitamento materno exclusivo em situações mais desfavoráveis de vida, demonstrando que a amamentação parece ser incorporada pelas famílias para manter a saúde e sobrevivência da criança numa situação de vida frágil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança Alimentar e Nutricional. Aleitamento Materno. Nutrição Infantil. Lactente. Saúde da criança.



## ABSTRACT

This research addressed to evaluate the association between breast-feeding duration among children under one year and concerning alimentary and nutritional safety's situation in the households in which they reside. In 2005, a cross-sectional study it was conducted in 14 municipalities in Paraíba State was undertaken, in which 301 families were interviewed who had children less than one year. A structured questionnaire on socioeconomic, housing, infantile and maternal health, children's alimentary practices, breastfeeding and Brazilian Food Insecurity Scale was applied. The median durations of exclusive and total breastfeeding were calculated by Kaplan-Meier survival technique. The log-rank test was used in order to compare the times of lactation according to safety's situation and the levels of alimentary and nutritional insecurity. The variables were included in a multivariate Cox regression model according to Wald statistic to calculate the hazard ratio. Statistical analysis was carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 15. The average age was 5.8 months (95% CI: 5.4 – 6.2) among the studied children, of which 57.7% were female and 58.7% were declared multiethnic mulatto/ black color. Most mothers or custodians presented low socioeconomic status and housing, and those living in rural areas had the worst condition. Among the appraised children's mothers it was verified a great number of pregnancies and offspring, as well as high frequency of cesarean sections. During pregnancy, most mothers received counseling for breast-feeding (86.6%). According to the mothers, features that really support with breast-feeding were their proper nutrition, doing prenatal, spending more time with the baby and the father's understanding and support. Aspects considered drawback to breast-feeding were engorged breasts, breast inflammation, the mother being ill or to work outside. Water, fluid or powder milk and tea were the alimentary items offered with more frequency to the appraised children. Food security in families with children was of 50.8%, while food insecurity in mild, moderate and severe levels was 18.6%, 19.6% and 11.0%, respectively. According to the survival analysis the medium breast-feeding period lasted 32.4 days on exclusive breast-feeding (95% CI: 27.9 – 36.9) and 214 days in total breast-feeding (95% CI: 165.6 - 262). The median duration of exclusive breast-feeding according to the food security and insecurity (mild or moderate) was 30.4 days versus 61.8 days when family was in severe food insecurity (Log-Rank = 4.4; p = 0.036). Was significantly related to the duration of exclusive breast-feeding the access to garbage collection and severe food insecurity and gather information on breastfeed during prenatal. It was not possible to verify relationship with the studied variables and the total breast-feeding due to the high number of censorships. It can be concluded that the studied mothers remained longer exclusive breast-feeding which seems to be incorporated by households in most unfavorable situations of life, indicating that this behavior can be an alternative to maintain health and child survival in a situation of fragile life.

**KEYWORDS:** Food Security. Breast Feeding. Infant Nutrition. Infant. Child Health.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 -</b>	Frequência válida dos alimentos ofertados às crianças menores de seis meses pela mãe. Paraíba, 2005.....	40
<b>GRÁFICO 2 -</b>	Frequência válida segurança alimentar e nutricional e diferentes níveis de insegurança alimentar em famílias com crianças menores de um ano. Paraíba, 2005.....	41
<b>GRÁFICO 3 -</b>	Curva de sobrevida de <i>Kaplan-Meier</i> do tempo de aleitamento materno exclusivo, em dias, em crianças menores de um ano. Paraíba, 2005 (n=294, eventos=257, censuras=37).....	42
<b>GRÁFICO 4 -</b>	Curva de sobrevida de <i>Kaplan-Meier</i> do tempo de aleitamento materno total, em dias, em crianças menores de um ano. Paraíba, 2005 (n=298, eventos = 104, censuras = 194).....	42
<b>GRÁFICO 5 -</b>	Curva de sobrevida de <i>Kaplan-Meier</i> do tempo de aleitamento materno exclusivo, em dias, das crianças menores de um ano inseridas em famílias em insegurança alimentar grave e das demais famílias em segurança alimentar e insegurança alimentar moderada e leve. Paraíba, 2005 (n=217, eventos = 189, censuras = 28).....	45

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 -</b>	Tabela comparativa para testar representatividade entre características da amostra das famílias com crianças menores de um ano e a população total dos municípios investigados.....	33
<b>TABELA 2 -</b>	Distribuição da frequência válida das características socioeconômicas maternas ou do responsável pelos menores de um ano e segundo zona de moradia, Paraíba, 2005.....	34
<b>TABELA 3 -</b>	Distribuição da frequência das características de saúde e assistência pré-natal às mães de menores de um ano. Paraíba, 2005.....	36
<b>TABELA 4 -</b>	Distribuição da frequência válida das características que segundo as mães ajudam na amamentação das crianças menores de um ano. Paraíba, 2005.....	37
<b>TABELA 5 -</b>	Distribuição da frequência das características que, segundo as mães, prejudicam a amamentação das crianças menores de um ano. Paraíba, 2005.....	38
<b>TABELA 6 -</b>	Distribuição da frequência válida das características das mães ou do responsável dos menores de um ano segundo duração do aleitamento total e exclusivo. Paraíba, 2005.....	43
<b>TABELA 7 -</b>	Distribuição das características relacionadas à saúde das crianças menores de um ano e suas mães em relação ao tempo de aleitamento materno total e exclusivo. Paraíba, 2005.....	44
<b>TABELA 8 -</b>	Análise de regressão multivariada sobre variáveis de influência no aleitamento materno exclusivo, modelo multivariado de regressão de Cox. Paraíba, 2005.....	46

## LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento Materno Total
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
Ebia	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
IA	Insegurança Alimentar
IAgrave	Insegurança Alimentar Grave
IAleve	Insegurança Alimentar Leve
IAmód	Insegurança Alimentar Moderada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHP	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNMIPF	Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PPAM-CDF	Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais e no Distrito Federal
SA/SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2.	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	15
2.1	Definições do aleitamento materno.....	15
2.2	Importância da prática da amamentação.....	15
2.3	Prevalência do aleitamento materno no Brasil.....	18
2.4	Segurança alimentar e nutricional: conceito e estruturação como política no Brasil.....	20
2.5	Insegurança alimentar e nutricional: conceito, escala e relação com o aleitamento materno .....	22
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
3.1	Objetivo geral.....	25
3.2	Objetivos específicos.....	25
4	<b>MÉTODOS</b> .....	26
4.1	Tipo da pesquisa.....	26
4.2	Local da pesquisa.....	26
4.3	Cálculo amostral e definição da amostra.....	26
4.4	Coleta de dados, instrumento e variáveis.....	27
4.5	Processamento e análise dos dados.....	29
4.5.1	Segurança e Insegurança alimentar e nutricional .....	29
4.5.2	Aleitamento materno.....	30
4.6	Aspectos éticos.....	32
5	<b>RESULTADOS</b> .....	33
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	47
7	<b>CONCLUSÕES</b> .....	52
8	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
	<b>APÊNDICES</b> .....	63
	<b>ANEXOS</b> .....	86

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo os indicadores da Rede Interagencial de Informações em Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil é baixa, embora a tendência do aleitamento materno seja crescente nas últimas décadas. (RIPSA, 2008; WHO, 2012; SENA, 2007).

O aleitamento materno deve ser o primeiro alimento a que o ser humano tem direito, haja vista os benefícios à saúde da criança e da mãe (WHO, 2001a). Dentro do espaço social da família, a amamentação possui significado para além do sentido fisiológico à criança, mas permeia relações de práticas alimentares e sociais. Sabe-se que o contexto familiar no qual a criança está inserida reflete em sua saúde e nutrição a curto e longo prazo, podendo ocasionar situações nutricionais extremas (da desnutrição à obesidade) (ASSIS et al., 2007).

Vários estudos científicos analisaram os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses vida (WHO, 2001b; KRAMER, et al., 2001; MOORE, ANDERSON; BERGMAN, 2007; TOMA; REA, 2012), demonstrando ser esta, comprovadamente, a melhor prática alimentar a ser adotada pela população, visto que tem efeitos na prevenção da obesidade (VENÂNCIO et al., 2008), das infecções respiratórias (CHANTRY; HOWARD; AULNGER, 2006) e de doenças infecciosas (MORROW et al., 1999); na diminuição do risco de morte por pneumonia (CÉSAR et al., 1999) e por diarreia (BENER; EHLAYEL; ABDULRAHMAN, 2011); além de proteger contra a diabetes *mellitus* tipo I, doença de Crohn e linfoma (KRAMER; KAKUMA, 2009). A realização da amamentação também demonstra ter influência nas relações emocionais e psicológicas entre mãe e filho, por meio do aumento da sensibilidade materna associada à prática cria-se maior vinculação afetiva com o bebê, o que provoca um desenvolvimento emocionalmente positivo da criança (POLGATI DIEHL; CAMARATTA ANTON, 2011).

O aleitamento materno como prática alimentar permeia o contexto familiar, afinal, a amamentação se concretiza não apenas no plano biológico, mas também é condicionada socioculturalmente (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Quando a família está em segurança alimentar e nutricional, o direito de todos se realiza, com acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006a). Por outro lado em um ambiente inseguro de vida, o acesso ao alimento não

é garantido, podendo vir a faltar ou mesmo inexistir, o que é traduzido pela insegurança alimentar e nutricional (SEGALL-CORRÊA, 2004). As situações inseguras de vida podem comprometer a prática ou a duração do aleitamento materno logo que uma criança, nos primeiros anos de vida, tem por características próprias dependência total da família (ASSIS et al., 2007). No Brasil, a situação mais grave de insegurança alimentar e nutricional, onde há ausência física do alimento, é maior entre famílias que possuem crianças (IBGE, 2010; VIANNA; SEGALL-CORRÊA, 2008; BRASIL, 2009a).

Estudos com crianças sobre a duração do aleitamento materno, bem como do consumo alimentar nos primeiros anos de vida são importantes, pois se trata de um grupo vulnerável, tanto do ponto de vista alimentar/nutricional quanto social (SEGALL-CORRÊA, 1996).

Este estudo teve como objetivo avaliar a duração do aleitamento materno entre crianças menores de um ano de acordo com a situação de segurança alimentar e nutricional dos domicílios em que elas residem. Admite-se a hipótese de que entre crianças residentes em domicílios inseguros, do ponto de vista alimentar e nutricional, a duração da amamentação deve ser maior como forma de proteger a criança. Este trabalho faz-se relevante, pois são raros os estudos no país que analisam a existência dessa possível relação, durante uma fase em que o espaço social da criança pode influenciar na duração do aleitamento materno.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Definições do aleitamento materno

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno é categorizado como (WHO, 2007):

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): Quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento Materno Predominante (AMP): Quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluídos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos).

- Aleitamento Materno (AM): Quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- Aleitamento Materno Complementado (AMC): Quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nesta categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite.

### 2.2 Importância da prática da amamentação

A amamentação é uma prática singular para a saúde da criança, sobretudo nos primeiros meses de vida. Este reconhecimento é antigo e vastamente registrado na literatura científica devido à superioridade do leite humano como fonte de nutrição para a criança, aos benefícios à saúde da mulher e para a economia familiar (WHO, 2001a; BRASIL, 2005; WHO, 2005; BRASIL, 2009b). Desta forma, são necessárias políticas públicas que contemplem, entre suas ações e metas, o incentivo às taxas de amamentação, principalmente na sua forma exclusiva



nos primeiros seis meses de vida, dadas às robustas evidências científicas a favor desta prática alimentar (WHO, 2001a; WHO, 2005).

O aleitamento materno está associado ao menor risco de morbimortalidade. No Brasil, uma pesquisa demonstrou que crianças entre zero e cinco meses não amamentadas apresentavam risco de morrer por diarreia e pneumonia, respectivamente, sete e cinco vezes maior do que as amamentadas exclusivamente (VICTORA et al., 1987). O risco de morrer por diarreia declina com a amamentação, uma vez que diminui o número de episódios e encurta o período da doença, além de contribuir para a menor ocorrência de doenças respiratórias e infecciosas (WHO 2001a; BRASIL, 2005; WHO, 2005; BRASIL, 2009b).

Segundo César et al. (1999) em estudo nacional as crianças brasileiras não amamentadas apresentaram um risco 17 vezes maior de serem internadas por pneumonia do que aquelas em aleitamento exclusivo. A forma de amamentação exclusiva auxilia as crianças pequenas a não evoluírem para situações mais graves da infecção respiratória (CÉSAR et al., 1999).

Sabe-se que o aleitamento materno protege contra doenças como obesidade, diabetes *mellitus* tipo 1, doença de Crohn, linfoma e ajuda ao ato de engatinhar mais precocemente (KRAMER; KAKUMA, 2009). E também contra otite média aguda, reduz o risco de desidratação e de doenças alérgicas (REA; TOMA, 2007). E ainda é capaz de fornecer, quantidade e qualidade de micro e macronutrientes, de forma prática e higiênica, para garantir um grande número de leucócitos e outros fatores de proteção à criança (MOORE; ANDERSON; BERGMAN et al., 2007).

Em trabalhos conduzidos no México (MORROW et al., 1999) e na Bielo-Rússia (KRAMER et al., 2001) acerca da relação entre a duração e o tipo de aleitamento com a ocorrência de morbidades, foram obtidos resultados importantes. O primeiro estudo consistiu em um experimento randomizado controlado de base comunitária, mostrou a associação entre contatos precoces e repetidos das mães com aconselhadore e incremento significativo na exclusividade e duração do aleitamento materno, como desfecho secundário, no grupo controle, observou-se maior incidência de diarreia (MORROW et al., 1999). O segundo foi um estudo multicêntrico que envolveu 17.046 pares de mães e bebês em 34 hospitais e policlínicas associadas. No grupo de hospitais, que seguiam as orientações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, verificou-se maior probabilidade das crianças serem amamentadas aos 12 meses de idade, de manterem o aleitamento exclusivo aos três e aos seis meses e reduziram o risco de infecções do trato gastrointestinal (KRAMER et al., 2001).

Ao leite humano também é atribuída a existência de efeitos protetores da amamentação contra infecções de ouvido e pulmão, em função da ação de um anticorpo (imunoglobulina A) resultante da resposta da mãe à exposição prévia a agentes infecciosos. Ele impede que os agentes patogênicos se fixem nas células da criança amamentada e limita os efeitos danosos do processo inflamatório (JACKSON; NAZAR, 2006).

Devido ao grande número de mortes infantis, diferentes estratégias são aplicadas nos países em desenvolvimento para lidar com os determinantes proximais da mortalidade de crianças. Estimou-se que a “amamentação”, isoladamente, poderia ser responsável pela prevenção de 13% das mortes infantis (JONES et al., 2003).

Os benefícios do aleitamento materno não se restringem apenas às crianças. As mães que amamentam têm maior proteção contra o câncer de mama e ovário, o retardo da volta da fertilidade devido a amenorreia lactacional e auxilia a um maior intervalo interpartal (REA; TOMA, 2007). Um período maior entre as gestações pode minimizar a desnutrição infantil (OLINTO et al., 1993) e diminuir o risco de problemas à saúde materna na gestação seguinte (BRASIL, 2006b). A ocitocina liberada na amamentação reduz a ansiedade da mulher, aumenta sua tranquilidade, responsividade social e, principalmente, provoca a involução uterina mais rápida, levando a um menor sangramento uterino pós-parto e menor risco de anemia (BRASIL, 2005; REA; TOMA, 2007).

A perda de peso no pós-parto é outro benefício materno relacionado à amamentação. Em estudo de coorte brasileiro, realizado no município do Rio de Janeiro-RJ, com 405 mulheres, foi observado que a relação entre a duração da amamentação e a diminuição do peso corporal resultou numa perda média de 0,44 kg por mês do peso da mãe (KAC et al., 2004).

De forma paralela às vantagens do aleitamento materno, nota-se que a realização da alimentação artificial traz consigo desvantagens à saúde da criança, se introduzida precocemente ou de forma complementar inadequada. O uso de fórmulas lácteas aumenta o risco da ocorrência de diluições inadequadas, resultando em leites muito diluídos ou muito concentrados. Além disso, pode ocorrer contaminação, caso não seja feita a higienização adequada dos utensílios envolvidos em seu preparo (BRASIL, 2005). Outro aspecto negativo refere-se ao impacto na economia familiar devido ao alto custo destas fórmulas (WHO, 2001a; BRASIL, 2005; WHO, 2005; BRASIL, 2009b). A alimentação complementar não adequada em quantidade e qualidade pode acarretar déficits de ingestão de nutrientes como ferro, ácido fólico, zinco, vitamina C e B12, além do alto consumo de alimentos rico em gorduras e sódio, podendo ocasionar problemas de saúde pública a criança (GARCIA;

GRANADO; CARDOSO, 2011), desvios nutricionais tanto para desnutrição como para o excesso de peso/obesidade.

Entre os fatores que contribuem para a elevada prevalência do desmame precoce no país estão o nível socioeconômico, o grau de escolaridade, a idade e o trabalho maternos, a urbanização, as condições do parto, o incentivo do cônjuge/parentes e a intenção da mãe de amamentar (ESCOBAR et al., 2002). Referencia-se, ainda, a relação entre a redução do aleitamento materno e o uso de chupeta e mamadeira devido à influência negativa no sistema sensorio motor oral, ocasionando confusão de bicos e a diminuição na frequência de mamadas (COTRIM; VENÂNCIO; ESCUDER, 2002).

Constata-se, portanto, que a amamentação proporciona benefícios para mãe e bebê, além de melhorar a qualidade de vida das famílias, por possibilitar a diminuição de atendimentos médicos, hospitalizações e medicamentos utilizados pelas crianças e, principalmente, por reduzir a morbimortalidade infantil. Estas vantagens podem se estender por toda a vida adulta (WHO 2001a; WHO, 2001b; BRASIL, 2005; WHO, 2005; BRASIL, 2009b), logo que as adaptações nutricionais, que ocorrem durante os primórdios do desenvolvimento infantil, alteram permanentemente a estrutura e função do corpo, conforme a Hipótese de Barker (BARKER, 1995).

Sendo assim, o aleitamento materno passou a ser parte importante do planejamento de instituições governamentais no país, a partir de definições e recomendações mundiais (WHO 2001a; WHO, 2001b; BRASIL, 2005; WHO, 2005; BRASIL, 2009b).

### 2.3 Prevalência do aleitamento materno no Brasil

Existem poucos dados anteriores à década de 80 para estabelecer uma tendência da amamentação no Brasil. Alguns estudos isolados do tema, nessa época, demonstraram baixos índices da prática. Por exemplo, a mediana de duração do aleitamento materno, encontrada nas décadas de 70 e 80 no país em inquérito nacional realizado de forma domiciliar foi de 2,5 meses (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi lançado com diversas ações educativas e divulgação em apoio à amamentação. Em 1986 realizou-se a Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar (PNMIPF), na qual verificou-se que apenas 3,6% das crianças brasileiras entre zero e quatro meses de idade recebiam leite materno de forma exclusiva. Este resultado foi a primeira

estimativa nacional fidedigna sobre a frequência do aleitamento exclusivo no país (BRASIL, 1999).

Na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, notou-se que, mesmo as mães iniciando a amamentação, a maioria das crianças recebiam outros alimentos logo nos primeiros dias de vida. A duração mediana do aleitamento materno teve um incremento, chegando a 134 dias (aproximadamente 4,4 meses) na época avaliada (LEÃO et al., 1992).

O Ministério da Saúde, em 1999, realizou a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (PPAM-CDF). Esse estudo contribuiu com a identificação da frequência e da duração mediana das diferentes formas de aleitamento materno, bem como forneceu dados referentes à alimentação complementar e sobre o uso de chupeta e mamadeira. A mediana nacional encontrada chegou a 297 dias aproximadamente meses para o aleitamento materno total e 35,6% de prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses (BRASIL, 1999).

Destaca-se, ainda, a importância da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996 e 2006, por proporcionar informações relevantes sobre a saúde da mulher e da criança brasileira. Comparando os dados entre os anos de 1996 e 2006, respectivamente, a frequência da amamentação na primeira hora de vida aumentou de 33,0% para 43,3% e, no primeiro dia vida, de 71,0% para 99,5%. A mediana de aleitamento materno total passou de 7,0 meses para 9,3 meses; a frequência do aleitamento exclusivo em menores de seis meses subiu de 13,0% para 39,8% e sua mediana de 1,1 mês para 2,2 meses (BEMFAM, 1996; WHO, 2012).

Em 2008, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto de Saúde de São Paulo, realizou a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (IIPPAM-CDF). A prevalência do aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% no todo, enquanto a duração mediana foi de 341,6 dias (IC95%: 331,8-352,4). Verifica-se o aumento de um mês e meio se comparado aos resultados da pesquisa PPAM-CDF de 1999, que registrou uma mediana de 295,9 dias (IC95%: 289,3-302,7). A duração mediana do aleitamento materno exclusivo aumentou um mês se comparado com o resultado de 1999, passando de 23,4 dias (IC95%: 22,1-24,7) para 54,1 dias (IC95%: 50,3-57,7) (BRASIL, 2009c). A maior duração do aleitamento materno exclusivo, segundo a IIPPAM-CDF, esteve associada estatisticamente com a maior escolarização das mulheres (mais que 8 anos de estudo), com a idade entre 20 e 35 anos; e que estavam gozando da licença maternidade no momento da pesquisa. De forma similar, a duração do aleitamento

materno esteve associada às mesmas características maternas, com exceção da escolaridade materna (BRASIL, 2009c).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno permitiu estruturar e organizar, como ação pública, o estímulo ao aleitamento materno. A política desenvolveu diferentes ações e estratégias de mobilização social, promoção e monitoramento das práticas de amamentação, como a criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, regulamentando a promoção comercial e a orientação do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos; a ampliação da licença maternidade de quatro para seis meses, que auxilia na maior duração do aleitamento exclusivo; bem como o estímulo à inserção de salas de Apoio à Amamentação nas empresas; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru que constituíram mudanças aos recursos humanos envolvidos e as mães com vistas ao aumento da prática; a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) criaram suporte para as mães impossibilitadas de amamentar e a Rede Amamenta Brasil, que propôs uma revisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde e da rede hospitalar no que se refere a todo contexto materno envolvido na amamentação (SOUSA; SANTOS; GIUGLIANI, 2010).

Os estudos sobre a prevalência e distribuição da duração mediana do aleitamento materno permitem visionar a necessidade de mais esforços a ampliação dessa prática, pois esses tipos de dados possibilitam direcionar o desenvolvimento e o planejamento de ações públicas de promoção, prevenção e apoio à amamentação (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

## 2.4 Segurança alimentar e nutricional: conceito e estruturação como política no Brasil

A alimentação e a nutrição adequadas, em qualquer fase da vida, são direitos humanos; constituindo-se em um elemento fundamental para o cumprimento desses direitos a efetivação da segurança alimentar e nutricional. Na criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), o conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN) foi delimitado como:

A segurança alimentar e nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006a, p.1).

Este conceito mais amplo havia sido adotado na Segunda Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em 2004, como também no texto de criação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), sancionada em 2006 (BRASIL, 2006b).

O panorama político brasileiro a partir de 2003 favoreceu o avanço organizacional e estratégico da SAN no Brasil, a partir do compromisso do governo com a população para erradicação da fome e da pobreza (PALMEIRA, 2008). Nesse contexto, criou-se a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, institucionalizada e com metas à garantia da segurança alimentar no país (BRASIL, 2010a).

A efetivação da segurança alimentar e nutricional percorreu um caminho de reconhecimento através dos Conselhos de Segurança Alimentar, da LOSAN, do SISAN e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2006b), culminando com a inserção do acesso ao alimento como direito básico garantido na Constituição Federal (BRASIL, 2010b).

O enfoque de SAN ampliado permeia tanto aspectos físicos de acesso, como características subjetivas relacionadas ao bem estar pessoal, como a inclusão do sujeito na sociedade de forma produtiva e saudável. A complexidade da SAN exige análise e estratégias visando mudanças voltadas ao enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas, culturais e ambientais do indivíduo/sociedade. Afinal, a violação do direito à alimentação é a mais grave expressão da extrema pobreza de uma população, tornando a efetivação da SAN um componente decisivo para construção de um projeto de desenvolvimento que articule e integre crescimento econômico, social e humano, contribuindo para o resgate de valores éticos, de equidade, cidadania e cultura (BURLANDY; COSTA, 2007).

Quando os aspectos subjetivos de um indivíduo ou sua família remetem à percepção da fome ou da dificuldade de acesso ao alimento, principalmente por questões relacionadas à renda, é caracterizado um nível de insegurança alimentar e nutricional, sendo esta uma manifestação das iniquidades sociais vivenciadas pelos indivíduos (BRASIL, 2006b). A segurança e insegurança alimentar e nutricional são passíveis de medição por meio de um instrumento validado para a população brasileira: a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - Ebia (IBGE, 2010).

## 2.5 Insegurança alimentar e nutricional: conceito, escala e relação com o aleitamento materno

A percepção subjetiva da fome pelos indivíduos configura a insegurança alimentar, sendo esta passível de influência pela condição de vida, hábitos e culturas alimentares das populações (SEGALL-CORRÊA, 2006). Existem outros fatores, além da fome, em que se detectam situações de insegurança alimentar: a obesidade, as doenças associadas à má alimentação, com o consumo de alimentos em quantidade e qualidade prejudicial à saúde, entre outras (CONSEA, 2007).

Essa diversificação de situações inseguras torna importante a utilização de indicadores no âmbito individual ou familiar. Identificar os determinantes da insegurança alimentar pode contribuir com a melhor compreensão sobre quais grupos populacionais apresentam-se mais vulneráveis, permitindo ações de redução do problema e o planejamento das dimensões de disponibilidade dos alimentos, acesso e consumo numa população (ANTUNES; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2010).

Com base em uma metodologia utilizada na população dos Estados Unidos sobre a severidade de privações alimentares, adaptou-se e validou-se, para o Brasil, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia). Esse trabalho foi desenvolvido pela Universidade Estadual de Campinas e pelo Observatório de Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, com ajuda de outras instituições (Universidades Federais da Paraíba e do Mato Grosso e Instituto de Pesquisas da Amazônia), com o apoio técnico e financeiro dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Organização Pan-Americana de Saúde (BURLANDY; COSTA, 2007).

A classificação dos graus de segurança alimentar na família, utilizados na Ebia segundo Segall-Corrêa et al. (2004) são:

- I) *Situação de segurança alimentar.*
- II) *Insegurança alimentar leve* – receio ou medo de sofrer insegurança alimentar no futuro próximo; reflete o componente psicológico da insegurança e o problema de qualidade da alimentação da família;
- III) *Insegurança alimentar moderada* – restrição na quantidade de alimentos na família.

**IV) *Insegurança alimentar grave* – fome entre adultos e/ou crianças da família, com ausência do alimento.**

A escala Ebia foi usada na PNDS, de 2006, direcionada à saúde da criança e da mulher, assim como na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), de 2004 e 2009. Composta por 15 perguntas fechadas, a escala estruturada em respostas dicotômicas (sim ou não), acerca da experiência, nos últimos três meses, de insuficiência alimentar em seus diversos níveis de intensidade, desde a preocupação de que a comida possa acabar até a vivência de passar todo o dia sem comer. Destas 15 perguntas, sete são direcionadas a membros da família menores de 18 anos (BURLANDY; COSTA, 2007).

A medida de segurança ou insegurança alimentar tem como unidade de análise o domicílio. Portanto, seus resultados referem-se ao grupo de pessoas residentes, independente de sua relação de parentesco com a pessoa entrevistada ou de referência (SEGALL-CORRÊA, 2004).

Segundo Burlandy e Costa (2007), a escala permite, com a medição de diferentes gradientes de insegurança alimentar e nutricional, resgatar o processo vivido pelas famílias.

Pode-se considerar que a escala possibilita uma abordagem da segurança alimentar capaz de identificar situações prévias de privação vividas pelas famílias, antes que se instalem quadros de desnutrição, que já expressam um percurso mais crônico de fome. Permite, assim, identificar diferentes gradientes de insegurança alimentar, recuperando de certa forma fases de um processo (ou retratos de diferentes fases de um processo vivido pelas famílias), e não apenas situações estáticas (BURLANDY; COSTA, 2007, p. 493).

Alguns estudos internacionais relataram maior suscetibilidade de grupos populacionais à insegurança alimentar, como por exemplo: indivíduos de origem latina e de raça/cor da pele preta e parda (KAISER et al., 2003); população feminina (NORD; ANDREWS; CARLSON, 2006) e, sobretudo, famílias com crianças em sua composição (TARASUK; BEATON, 1999; NWEZE; YEGAMMIA, 2002). A prevalência de insegurança alimentar e nutricional entre famílias com crianças em outros países, como a Índia, é igual a 57% (NWEZE; YEGAMMIA, 2002) e 16,7% nos Estados Unidos, em residências com menores de seis anos (TARASUK; BEATON, 1999).

Segundo a PNAD de 2004, que incluiu a Ebia como módulo, entre as famílias brasileiras, 65,2% estavam em segurança alimentar e nutricional (SA), 16% em insegurança alimentar leve (IAleve), 12,3% em insegurança alimentar moderada (IAMod) e 6,5% em insegurança alimentar grave (IAgrave). O Nordeste demonstrou os piores percentuais: 46,4%



da população em SA, 19,5% em IA leve, 21,5% em IA moderada e 12,4% em IA grave. A Paraíba apresentou resultado similar ao do Nordeste como um todo, no tocante à avaliação de SA (46,7%), no entanto a situação IA grave foi de 15,1% (IBGE, 2010).

De acordo com dados da PNAD, estiveram associados à insegurança alimentar e nutricional, os domicílios localizados na região Norte e Nordeste do país, o fato de residir em área rural, possuir baixa escolaridade (a pessoa de referência do domicílio), existir aglomeração domiciliar (sete ou mais moradores), ter crianças ou adolescentes na composição familiar; da entrevistada ser negra e o fato de não estar trabalhando nos últimos 12 meses (IBGE, 2010).

Entende-se que uma alimentação saudável começa com o aleitamento materno, e este sendo mantido exclusivamente até os seis meses de vida, potencializa-se como um promotor de benefícios a curto, médio e longo prazo nos indivíduos (BARRETO et al., 2005). Outro aspecto importante é a condição de vida da família e da população, afinal, estes interferem diretamente na situação de saúde e nutrição da criança (ASSIS et al., 2007). Todas essas questões contribuem para formar o padrão de morbimortalidade da infância, com repercussões que podem manter-se até a idade adulta (FAO, 2005), conforme explicado anteriormente.

Nesse contexto, estudar a insegurança alimentar e nutricional representa um importante pilar na investigação da situação nutricional das crianças, uma vez que avalia como uma família ou indivíduo relaciona-se subjetivamente com seu contexto de vida e com o consumo de alimentos (ANTUNES; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2010).

Estudos que avaliam diretamente a relação entre a situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar com a amamentação são escassos no Brasil, sendo constatada a existência de associação entre a prática do aleitamento materno e a condição insegurança alimentar domiciliar apenas em crianças maiores de 12 meses (GOMES; GUBERT, 2012).

A prática alimentar das crianças do estado da Paraíba, nos primeiros anos de vida, parece ser um fator de risco à insegurança alimentar e nutricional. Como demonstrou um estudo ao analisar a alimentação de crianças menores de dois anos de idade do interior do estado. Verificou-se que a prevalência do desmame foi igual a 20,7% entre os menores de seis meses e o aleitamento exclusivo ocorreu em apenas 30,5% da amostra. Entre as crianças de seis a 24 meses de idade observou-se uma reduzida qualidade nutricional dos itens alimentares consumidos (PALMEIRA; SANTOS; VIANNA, 2011).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a duração do aleitamento materno entre crianças menores de um ano segundo a situação de segurança alimentar e nutricional dos domicílios em que elas residem.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Verificar a duração da amamentação exclusiva e total entre as crianças avaliadas.
- Observar o efeito das características socioeconômicas e da saúde materno-infantil na duração do aleitamento materno.
- Comparar as medianas do aleitamento materno exclusivo e total de acordo com a situação de segurança alimentar e os diferentes níveis de insegurança alimentar.

## 4. MÉTODOS

Este estudo analisou dados da pesquisa “Avaliação da Insegurança Alimentar de Famílias Residentes no Interior do Estado da Paraíba”, coordenada pelo professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, da Universidade Federal da Paraíba. Desta forma, esta seguiu os métodos adotados na pesquisa matriz, fazendo análise das questões específicas de aleitamento materno, segurança e insegurança alimentar e algumas características sociodemográficas das famílias com crianças menores de um ano.

### 4.1 Tipo da pesquisa

Trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo com amostra intencional.

### 4.2 Local da pesquisa

Foram incluídos no estudo 14 municípios do interior da Paraíba, selecionados pelo Governo Federal em 2003 para iniciar o Programa Fome Zero, identificados, segundo o antigo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA), hoje Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, como os mais carentes do estado, por estarem abaixo da linha de pobreza. Dos municípios pesquisados, um se localiza na Zona da Mata (São José dos Ramos), 10 na região Agreste (Araruna, Areial, Aroeiras, Bananeiras, Bernardino Batista, Esperança, Itabaiana, Nova Floresta, Queimadas, Umbuzeiro), dois na Borborema (Boqueirão e Picuí) e um no sertão do Estado (Cacimba de Dentro).

### 4.3 Cálculo amostral e definição da amostra

Para o cálculo da amostra da pesquisa matriz, utilizou-se a técnica de amostragem aleatória estratificada, sendo cada município dividido em zona urbana e rural. Os tamanhos das amostras por estratos foram calculados adotando-se uma partilha proporcional. Com base nos dados do censo demográfico de 2000, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), calculou-se uma amostra representativa de cada município. Utilizou-se o erro amostral máximo de 5%, sob nível de confiança de 95%. A estimativa esperada de segurança alimentar foi de 50% para maximizar o tamanho da amostra em cada município.

Segundo esses parâmetros, o tamanho esperado como meta amostral da pesquisa matriz foi de 4.644 domicílios. Ao término do trabalho de campo considerando as perdas e recusas, foram realizadas 4.533 visitas domiciliares (correspondendo a 97,6% da meta amostral). As perdas e recusas mantiveram-se dentro do percentual esperado (menor que 5%).

A amostra intencional deste estudo foi extraída das famílias entrevistadas na pesquisa matriz. Foram identificadas 301 famílias com dados referentes à criança menor de um ano, delimitando a amostra deste trabalho. As crianças menores de um ano identificadas foram todas que até o momento da entrevista tinham menos de um ano de vida completo (11 meses e 29 dias).

Comparou-se as 301 famílias com crianças menores de um ano com a população total investigada dos 14 municípios, para testar a representatividade da amostra, por meio do teste estatístico do Qui-quadrado. Neste caso as características da amostra analisadas foram escolaridade materna ou do responsável da criança, área de moradia, tipo de parto e frequência de famílias com crianças menores de um ano. As informações da população total versaram sobre a distribuição percentual da escolaridade de pessoas com 15 anos ou mais, área de moradia da população residente, tipo de parto entre as mulheres e a população residente menor de um ano. Essas informações foram retiradas de dados censitários e banco de dados nacionais (IBGE e Sistema de Informações Hospitalares do SUS).

#### 4.4 Coleta de dados, instrumento e variáveis

A coleta de dados aconteceu de maio a outubro de 2005.

As entrevistas foram conduzidas por equipes selecionadas em cada município. Cada um de seus membros deveria ter, pelo menos, ensino médio completo, disponibilidade de tempo e não ser Agente Comunitário de Saúde ou desenvolver alguma atividade institucional ligada à Secretaria de Saúde. Todos os entrevistadores foram submetidos a um treinamento de 16 horas, sendo considerados aptos após a realização de um teste de aplicação do questionário da pesquisa.

Foram realizadas entrevistas domiciliares, com membros da família (conforme módulos do instrumento da pesquisa), após o chefe da família aceitar e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

O instrumento (APÊNDICE B) da pesquisa matriz foi elaborado e pré-testado em um município piloto com características semelhantes aos demais locais avaliados pela equipe

treinada, mas que não fez parte dos 14 municípios avaliados.

O instrumento de pesquisa possuía um total de nove módulos, dos quais quatro foram utilizados no presente estudo, por conter dados das famílias e das crianças menores de um ano.

- *Módulo 1*: Informações iniciais (identificação do local e dos moradores; aspectos da moradia e acesso a serviços públicos, escolaridade, raça/cor (etnia), parentesco com o chefe da família e renda), zona de moradia;

- *Módulo 2*: Características de segurança alimentar/insegurança alimentar (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - Ebia);

- *Módulo 5*: Materno-infantil (módulo dividido com questões para mães/responsáveis e crianças menores de um ano);

- *Módulo 9*: Recursos financeiros (recebimento de ajuda governamentais ou não).

As informações contidas nos módulos foram categorizadas. Para as variáveis contínuas, idade da criança adotou-se a unidade em meses e a duração do aleitamento materno exclusivo e total em dias.

**-As variáveis categóricas foram:**

- “Sexo da criança (feminino/masculino)”, “Segurança Alimentar [segurança alimentar (SA), insegurança alimentar leve (IAleve), insegurança alimentar moderada (IAMod), insegurança alimentar grave (IAgrave)]”, “Idade da criança (menor de seis meses, igual ou maior que seis meses)”, “Zona de moradia (rural, urbana).

- *Características socioeconômicas maternas ou do responsável pela criança menor de um ano* – “sabe ler ou escrever (sim, não)”, “escolaridade (sem escolaridade, primário completo, secundário, superior ou profissionalizante)”, “ocupação/atividade (dona de casa, estudante ou procura trabalho, aposentada, pensionista, toca lavoura e tem trabalho)”, “moradores/cômodos para dormir (até duas pessoas, até três pessoas, quatro a oito pessoas)”, “local moradia (zona rural, zona urbana)”, “tipo de moradia (alvenaria acabada, alvenaria inacabada, taipa revestida ou não, e outros)”, “acesso à rede pública de água (sim, não)”, “acesso à rede pública de esgoto (sim, não)”, “lixo coletado por serviço público (sim, não)”, “renda individual (até R\$50,00; R\$50,00-150,00; R\$150,01 ou mais)<sup>1</sup>”, “recebe ajuda em alimentos (sim, não)” e “recebe ajuda em dinheiro (sim, não)”.

- *Características de saúde e assistência materna* – “número de gestações (primípara, duas a três, quatro ou mais)”, “número de filhos vivos (1, 2-3, 4-10)”, “mês

<sup>1</sup> Salário mínimo vigente em 2005 era de R\$ 300,00 reais (trezentos reais), conforme Lei n. 11.164, de 18 de agosto de 2005, publicado em Diário Oficial da União em 22 de abril de 2005.

gestacional de início da assistência pré-natal”, “recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal (sim, não)”, “tipo de parto (cesárea, vaginal)”, “bebê foi colocado junto à mãe na sala de parto após o nascimento (sim, não)”.

- *Características relacionadas à amamentação – **Ações que, segundo a mãe, ajudam na amamentação:*** “ter amamentado outro filho”, “fazer o pré-natal”, “boa alimentação da mãe”, “quando o pai da criança apoia”, “ter mais tempo para cuidar do bebê”, “começar a amamentar na sala de parto”, “receber orientação sobre amamentação no serviço de saúde”, “propaganda sobre aleitamento”, “ter apoio de outra mãe que amamenta”, “parto vaginal”, “ter frequentado a escola”. As categorias de resposta foram: nada, de forma intermediária e muito. **Ações que, segundo as mães, prejudicam a amamentação:** “trabalhar fora”, “ter crianças pequenas”, “ouvir ou ver propagandas de leites infantis”, “não fazer pré-natal”, “frequentar pouco a escola”, “ter parto cesariano”, “mamas empedradas”, “inflamação das mamas”, “receber mamadeiras de presente”, “bebê doente”, “mãe doente”, “falta de apoio do pai do bebê”, “falta de apoio familiar”. **As categorias de resposta para todas as questões foram: nada, de forma intermediária e muito.**

- *Introdução de alimentos a menores de seis meses - **Alimentos ofertados à criança menor de seis meses pela mãe:*** “água”, “leite (pó e fluido)”, “chá”, “suco”, “fruta”, “alimentos da família”, “papinha”, “vitamina de fruta (com leite)” e “outros líquidos”, para todas as estas variáveis as respostas foram dicotômicas (**sim, não**).

#### 4.5 Processamento e análise dos dados

Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 15, para tabulação e a análise dos dados.

Para as variáveis contínuas foram calculadas a média e os desvios padrão. As variáveis categóricas foram descritas em tabelas de frequência válida e o teste qui-quadrado. Todas as variáveis tiveram seus valores percentuais de perdas (*missing*) e dados totais verificados (APÊNDICE C).

##### 4.5.1 Segurança e Insegurança alimentar e nutricional

A classificação das famílias, segundo a segurança alimentar e os níveis de insegurança

alimentar, foi feita conforme a metodologia proposta por Segall-Corrêa et al. (2004) para Ebia.

As perguntas da escala referiram-se a um período recordatório de três meses que antecederam o dia da entrevista. Cada item da Ebia respondido afirmativamente foi seguido de alternativas de frequências: “em quase todos os dias”, “em alguns dias”, “em apenas 1 ou 2 dias” e “não sabe” ou “recusa responder”, com exceção do item 10, que apresenta as alternativas: “pouca”, “média”, “muita” e “não sabe ou recusa responder” (APÊNDICE B-Módulo 2) (SEGALL-CORRÊA et al., 2004).

Admitiu-se, para cada resposta afirmativa da escala, valor corresponde a 1 ponto; variando em uma amplitude de 0 a 15, com uma classificação diferente quando havia ou não menores de 18 anos na composição da família. Ao final da análise da escala, adotou-se a seguinte classificação: - Segurança alimentar = zero; - Insegurança alimentar leve = 1-5 pontos em famílias com menores de 18 anos e 1-3 pontos em famílias apenas com adultos; - Insegurança alimentar moderada = 6-10 pontos em famílias com menores de 18 anos e 4-6 pontos em famílias apenas com adultos; - Insegurança alimentar grave = 11-15 pontos em famílias com menores de 18 anos e 6-10 pontos em famílias apenas com adultos (SEGALL-CORRÊA et al., 2004).

#### 4.5.2 Aleitamento materno

O aleitamento materno exclusivo foi definido conforme a Organização Mundial de Saúde, ou seja, até o sexto mês de vida, sem a introdução de qualquer outro alimento (WHO, 2007). E adotou-se o aleitamento total como a prática da amamentação e também do consumo de outros alimentos.

As curvas da duração do aleitamento materno total e exclusivo foram calculadas pela técnica estatística da análise de sobrevivência por meio do método não paramétrico de *Kaplan-Meyer*, em dias. A utilização desta técnica pois possibilita examinar o comportamento da amamentação ao longo do tempo e determinar a duração mediana (MOTTA; FILHO, 2009).

Para esta análise foi necessário estabelecer como evento o tempo confirmado de interrupção do aleitamento materno exclusivo ou total. Quando a criança ainda estava sendo amamentada exclusivamente ou recebendo leite materno junto com outros alimentos, o tempo registrado pela idade da criança foi considerado dado censurado. A análise de sobrevivência é útil nos casos em que são definidos dados censurados (KLEINBAUM, 1996).

Nos cálculos da duração do aleitamento materno exclusivo (AME) foi considerada a menor idade referida pela mãe entre o nascimento e a introdução de outros alimentos. A idade que a criança com menos de um ano possuía no momento da entrevista, foi considerada como o tempo de aleitamento materno exclusivo no caso da mesma ainda estar sendo amamentada exclusivamente. O tempo de aleitamento total (AM) foi calculado como sendo a idade da criança até a data da entrevista, quando a mesma estava sendo amamentada e recebia outros alimentos, ou a idade indicada pela mãe no momento da interrupção da amamentação.

Para a comparação dos tempos medianos de aleitamento materno, exclusivo e total, segundo a situação de segurança e os diferentes níveis de insegurança alimentar e nutricional, foi aplicado a estatística *Log-Rank* (KLEINBAUM, 1996), considerando a probabilidade menor que 5% para rejeição da hipótese nula de semelhança entre os tempos.

Com objetivo de excluir as variáveis de confundimento e construir um modelo explanatório sobre a duração do aleitamento, as variáveis<sup>2</sup> que apresentaram coeficiente maior que 0,20 na estatística *Log-Rank* (teste de significância para comparar grupos em análise univariada) foram selecionadas para ingressarem em um modelo de regressão multivariada de *Cox* (ou Risco Proporcional de *Cox*), no qual a variável dependente foi o tempo de aleitamento materno exclusivo. Utilizou-se no modelo multivariado a inclusão progressiva, não condicional, com a estatística *Wald*, com probabilidade igual ou menor que 0,15 como critério de inclusão progressiva das variáveis independentes e a probabilidade de 0,20 para exclusão. As variáveis significantes foram interpretadas pela razão de risco (*Hazard ratio* - HR) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (confiabilidade da estimativa) (KLEINBAUM, 1996).

Este estudo analisou dados de uma pesquisa longitudinal/transversal, porém registrou retrospectivamente os períodos de introdução de alimentos e o período da amamentação em crianças menores de um ano, informado pela mãe. Tentou-se minimizar o viés de memória perguntando questões do filho com menor idade. Estes dados possibilitaram utilizar técnicas de análise de sobrevivência, mais comumente utilizadas nos estudos de seguimento, mas

---

<sup>2</sup> Variáveis analisadas: sabe ler ou escrever (sim vs não), escolaridade (sem escolaridade vs primário completo ou incompleto vs secundário ou superior ou profissionalizante), ocupação/atividade (dona de casa vs estudante ou procura trabalho vs tem trabalho, aposentada, pensionista ou toca lavoura), moradores por dormitório (até duas pessoas vs três pessoas vs quatro a oito pessoas), local moradia (zona rural vs zona urbana), tipo de moradia (alvenaria acabada vs alvenaria inacabada, taipa ou outras), acesso a rede pública de água (sim vs não), acesso a rede pública de esgoto (sim vs não), lixo coletado por serviço público (sim vs não), recebe ajuda em alimentos (sim vs não) e recebe ajuda em dinheiro (sim vs não), número de gestações (primípara vs duas a três vs quatro ou mais), recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal (sim vs não) e tipo de parto (cesárea vs normal).



também utilizadas em pesquisas transversais (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006; VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006; BOCCOLINI, 2008). Esta técnica pode ser utilizada para o cálculo da duração mediana da prática de aleitamento materno (VASCONCELOS, LIRA; LIMA, 2006).

#### 4.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na reunião ordinária do dia 17 de novembro de 2004, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

## 5. RESULTADOS

Participaram do estudo 301 famílias, em cada unidade familiar foram coletadas informações de uma criança menor de um ano. A tabela 1 apresenta a comparação entre as características das famílias com crianças menores de um ano de idade estudadas em relação às informações da população dos 14 municípios participantes da pesquisa, para testar a representatividade da amostra. Não houve diferença estatística entre as variáveis avaliadas, demonstrando que os dados das famílias com menores de um ano podem representar as características da população total.

**Tabela 1:** Tabela comparativa para testar representatividade entre características da amostra das famílias com crianças menores de um ano e a população total dos municípios investigados.

Características da amostra das famílias com crianças menores de um ano pesquisada*		Características da população total dos 14 municípios participantes†		Qui-quadrado
	%		%	
Escolaridade das mães ou responsáveis		Escolaridade‡		
< 4 anos de estudo	58,6	< 4 anos de estudo	58,9	0,21
4-7 anos de estudo	26,9	4-7 anos de estudo	25,7	
8 ou mais anos de estudo	13,5	8 ou mais anos de estudo	13,6	
Não determinado	1,0	Não determinado	1,8	
Área de moradia das famílias		Área de moradia‡		
Urbana	47,5	Urbana	50,6	0,16
Rural	52,5	Rural	49,4	
Tipo de parto		Tipo de parto§		
Cesárea	27,9	Cesárea	26,6	0,16
Normal	71,8	Normal	73,4	
Crianças menores de um ano da amostra¶	6,6	População residente menor de um ano	2,0	-

\*Características das famílias com crianças menores de um ano avaliadas no estudo.

†Características da população de todos os municípios envolvidos na pesquisa (distribuição percentual).

‡Escolaridade de pessoas com 15 anos ou mais e área de moradia da população residente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico, 2000.

§Dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2005.

||Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacional, 2005.

¶Valor percentual da amostra de crianças menores de um ano (301) do total de 4.533 famílias entrevistadas na pesquisa matriz.

Das crianças avaliadas 54,2% (n=163) tinha menos de seis meses, a média da idade das crianças foi de 5,8 meses (IC95%:5,4–6,2); 57,7% (n=174) eram do sexo feminino; 58,7%

(n= 176) de raça/cor descrita como parda/negra e 41,3% (n=124) branca, não sendo as demais raças declaradas.

Na tabela 2 estão descritas as informações socioeconômicas das mães ou responsáveis pela criança de forma total e segundo zona de moradia. As características mais comuns a este grupo foram sem escolaridade e primário completo e incompleto; ocupação ou desempenho de atividades que não geram renda (dona de casa, estudante ou procura trabalho); a maioria dormindo em locais com mais de duas pessoas por cômodo; diminuído acesso a serviços públicos de água, coleta de lixo e, principalmente, a esgotamento sanitário. A maior parte dos entrevistados declarou ter renda familiar abaixo de R\$150,00 reais e não receber ajuda na forma de alimentos ou dinheiro. Segundo as características avaliadas, observa-se uma pior situação na zona rural conforme associação estatística ( $p < 0,005$ ).

**Tabela 2:** Distribuição da frequência válida das características socioeconômicas maternas ou do responsável pelos menores de um ano e segundo zona de moradia, Paraíba, 2005.

Características maternas ou do responsável	Frequência válida						p
	Zona de Moradia						
	Total		Urbana		Rural		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sabe ler ou escrever</b>							0,937
Sim	253	84,3	120	84,5	133	84,2	
Não	47	15,7	22	15,5	25	15,8	
<b>Escolaridade</b>							0,177
Sem escolaridade	47	16,0	22	15,7	25	16,2	
Primário completo ou incompleto	155	52,7	67	47,9	88	57,2	
Secundário, superior ou profissionalizante	92	31,3	51	36,4	41	26,6	
<b>Ocupação/Atividade</b>							0,207
Dona de casa	140	47,6	67	47,5	73	47,7	
Estudante ou procura trabalho	38	12,9	23	16,3	15	9,8	
Aposentado, pensionista, toca lavoura ou trabalha	116	39,5	51	36,2	65	42,5	
<b>Moradores/ cômodos para dormir</b>							0,034
Até duas pessoas	116	39,1	65	46,1	51	32,7	
Até três pessoas	113	38,0	51	36,2	62	39,7	
Quatro a oito pessoas	68	22,9	25	17,7	43	27,6	
<b>Tipo de moradia</b>							<0,005
Alvenaria acabada	225	75,0	124	86,7	101	64,3	
Alvenaria inacabada ou taipa revestida ou não, outros	75	25,0	19	13,3	56	35,7	
<b>Acesso à rede pública de água</b>							<0,005
Sim	151	50,2	117	81,8	34	21,5	
Não	150	49,8	26	18,2	124	78,5	

Características maternas ou do responsável	<b>Frequência válida</b>						<i>p</i>
			<b>Zona de Moradia</b>				
	<b>Total</b>		<b>Urbana</b>		<b>Rural</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Acesso à rede pública de esgoto</b>							<0,005
Sim	<b>76</b>	25,2	<b>72</b>	50,3	<b>4</b>	2,5	
Não	<b>225</b>	74,8	<b>71</b>	49,7	<b>154</b>	97,5	
<b>Lixo coletado por serviço público</b>							<0,005
Sim	<b>161</b>	53,7	<b>137</b>	96,5	<b>24</b>	14,6	
Não	<b>139</b>	46,3	<b>5</b>	3,5	<b>134</b>	85,4	
<b>Renda individual</b>							<0,005
Até R\$50,00	<b>132</b>	54,5	<b>45</b>	40,2	<b>87</b>	67,0	
R\$ 50,01 – 150,00	<b>92</b>	38,0	<b>54</b>	48,2	<b>38</b>	29,2	
R\$150,01 ou mais	<b>18</b>	7,5	<b>13</b>	11,6	<b>5</b>	3,8	
<b>Recebe ajuda em alimentos</b>							0,048
Sim	<b>71</b>	23,6	<b>41</b>	28,7	<b>30</b>	19,0	
Não	<b>230</b>	76,4	<b>102</b>	71,3	<b>128</b>	81,0	
<b>Recebe ajuda em dinheiro</b>							0,079
Sim	<b>108</b>	35,9	<b>44</b>	30,8	<b>64</b>	40,5	
Não	<b>193</b>	64,1	<b>99</b>	69,2	<b>94</b>	59,5	

Entres essas famílias em situação mais frágil, as mães das crianças menores de um ano foram questionadas sobre sua saúde e a assistência pré-natal, conforme os dados da tabela 3. Observa-se que o número de gestações (duas ou mais) foi alto entre as mulheres, bem como o número de filhos; o início do pré-natal tardio (após o terceiro mês de gestação) aconteceu em um quarto das entrevistadas e a maioria recebeu orientação sobre amamentação. A cesariana ocorreu em quase um terço das mulheres e, na mesma proporção, o bebê não foi colocado junto à mãe na sala de parto, após o nascimento.

**Tabela 3-** Distribuição da frequência das características de saúde e assistência pré-natal às mães de menores de um ano. Paraíba, 2005.

<b>Características saúde materna e assistência pré-natal</b>	<b>Frequência válida</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de gestações</b>		
Primíparas	<b>103</b>	34,2
Duas a três	<b>124</b>	41,2
Quatro ou mais	<b>74</b>	24,6
<b>Número de filhos vivos</b>		
1	<b>105</b>	35,2
2 – 3	<b>133</b>	44,7
4 – 10	<b>60</b>	20,1
<b>Mês de início da assistência pré-natal</b>		
Até o terceiro mês	<b>220</b>	75,1
Após o terceiro mês	<b>73</b>	24,9
<b>Recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal</b>		
Sim	<b>258</b>	86,6
Não	<b>40</b>	13,4
<b>Tipo de parto</b>		
Cesárea	<b>84</b>	28,0
Vaginal	<b>216</b>	72,0
<b>Bebê foi colocado junto à mãe na sala de parto, após o nascimento</b>		
Sim	<b>215</b>	72,4
Não	<b>82</b>	27,6

As questões que constam na tabela 4 tiveram variação no total da amostra (n), devido às perdas (*missing*) por não respostas do entrevistado. As ações benéficas à realização da amamentação que foram mais prevalentes na amostra de mulheres entrevistadas foram a boa alimentação materna, fazer o pré-natal, ter mais tempo para cuidar do bebê e quando o pai da criança apoia.

**Tabela 4-** Distribuição da frequência válida das características que segundo as mães ajudam na amamentação das crianças menores de um ano. Paraíba, 2005.

Características que segundo as mães ajudam na amamentação	Frequência válida	
	n	%
<b>Ter amamentado outro filho</b>		
Nada	39	15,6
De forma intermediária	88	35,2
Muito	123	49,2
<b>Fazer o pré-natal</b>		
Nada	7	2,5
De forma intermediária	48	17,5
Muito	219	80,0
<b>Boa alimentação da mãe</b>		
Nada	2	0,7
De forma intermediária	44	16,0
Muito	229	83,3
<b>Quando o pai da criança apoia</b>		
Nada	11	4,0
De forma intermediária	60	22,0
Muito	201	74,0
<b>Ter mais tempo para cuidar do bebê</b>		
Nada	4	1,5
De forma intermediária	59	22,3
Muito	202	76,2
<b>Começar a amamentar na sala do parto</b>		
Nada	25	9,5
De forma intermediária	65	24,5
Muito	175	66,0
<b>Receber orientação individual sobre amamentação no serviço de saúde</b>		
Nada	11	4,0
De forma intermediária	88	31,7
Muito	178	64,3
<b>Propagando sobre aleitamento</b>		
Nada	33	11,7
De forma intermediária	111	39,5
Muito	137	48,8
<b>Ter apoio de outra mãe que amamenta</b>		
Nada	40	14,2
De forma intermediária	114	40,6
Muito	127	45,2

Características que segundo as mães ajudam na amamentação	Frequência válida	
	n	%
<b>Parto vaginal</b>		
Nada	30	11,2
De forma intermediária	61	23,0
Muito	175	65,8
<b>Ter frequentado a escola</b>		
Nada	58	20,8
De forma intermediária	94	33,7
Muito	127	45,5

As mães também foram questionadas sobre o que prejudicava a amamentação, com prevalência apresentada na tabela 5. Segundo a frequência válida das opções feitas as mulheres, os fatores prejudiciais que foram mais prevalentes estiveram relacionados a problemas com as mamas, seja empedradas ou inflamadas, o adoecimento materno e trabalhar fora.

**Tabela 5** - Distribuição da frequência das características que, segundo as mães, prejudicam a amamentação das crianças menores de um ano. Paraíba, 2005.

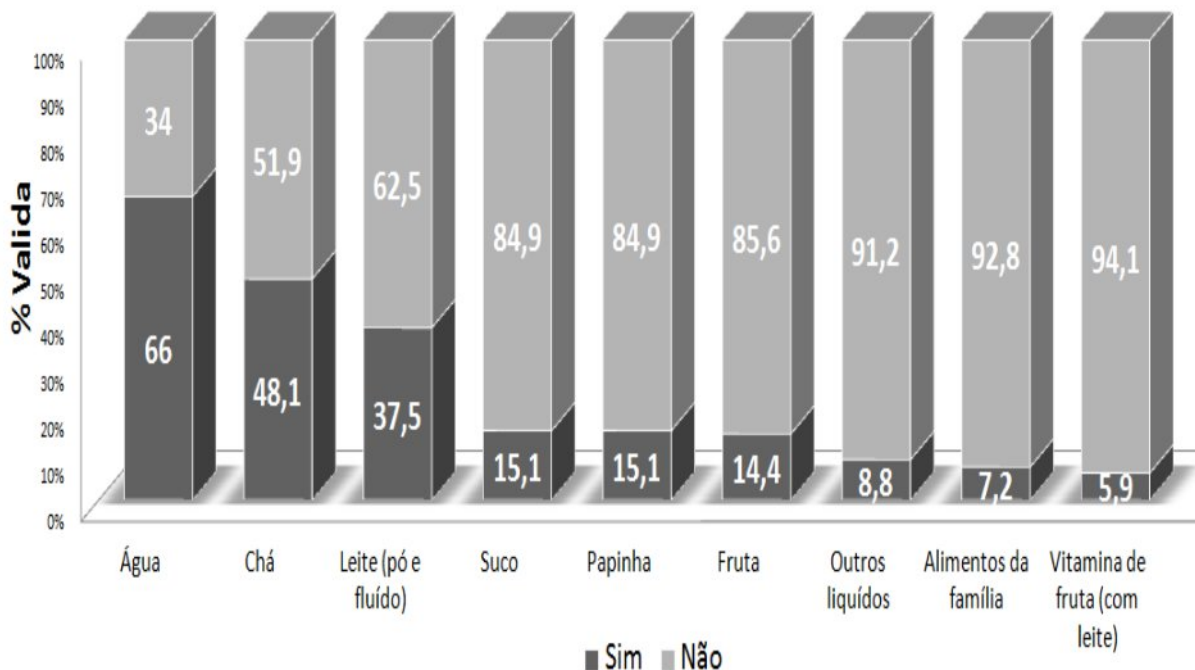
Características que segundo as mães prejudicam na amamentação	Frequência válida	
	n	%
<b>Trabalhar fora</b>		
Nada	28	10,4
De forma intermediária	48	17,8
Muito	194	71,8
<b>Ter crianças pequenas</b>		
Nada	81	30,0
De forma intermediária	117	43,3
Muito	72	26,7
<b>Ouvir ou ver propagandas de leites infantis</b>		
Nada	152	54,7
De forma intermediária	91	32,7
Muito	35	12,6
<b>Não fazer pré-natal</b>		
Nada	58	21,7
De forma intermediária	47	17,6
Muito	162	60,7

Características que segundo as mães prejudicam na amamentação	Frequência válida	
	n	%
<b>Frequentar pouco a escola</b>		
Nada	86	31,5
De forma intermediaria	81	29,7
Muito	106	38,8
<b>Ter parto cesariano</b>		
Nada	79	30,1
De forma intermediaria	76	29,0
Muito	107	40,9
<b>Mamas empedradas</b>		
Nada	19	7,1
De forma intermediaria	29	10,9
Muito	219	82,0
<b>Inflamação das mamas</b>		
Nada	25	9,4
De forma intermediaria	23	8,6
Muito	219	82,0
<b>Receber mamadeiras de presente</b>		
Nada	147	52,1
De forma intermediaria	85	30,2
Muito	50	17,7
<b>Bebê doente</b>		
Nada	34	12,7
De forma intermediaria	45	16,9
Muito	188	70,4
<b>Mãe doente</b>		
Nada	19	7,1
De forma intermediaria	37	13,7
Muito	213	79,2
<b>Falta de apoio do pai do bebê</b>		
Nada	46	16,7
De forma intermediaria	78	28,4
Muito	151	54,9
<b>Falta de apoio familiar</b>		
Nada	49	18,2
De forma intermediaria	86	32,0
Muito	134	49,8



As mães, no momento da entrevista, foram questionadas sobre a introdução de alguns itens alimentares na dieta da criança que tinham idade menor que seis meses, possibilitando observar a introdução precoce de itens alimentares na dieta da criança. Os alimentos ofertados em ordem decrescente, segundo a frequência válida estão apresentados no gráfico 1. Observa-se que os itens água, chá e leite (pó e fluido) foram oferecidos a mais frequentemente.

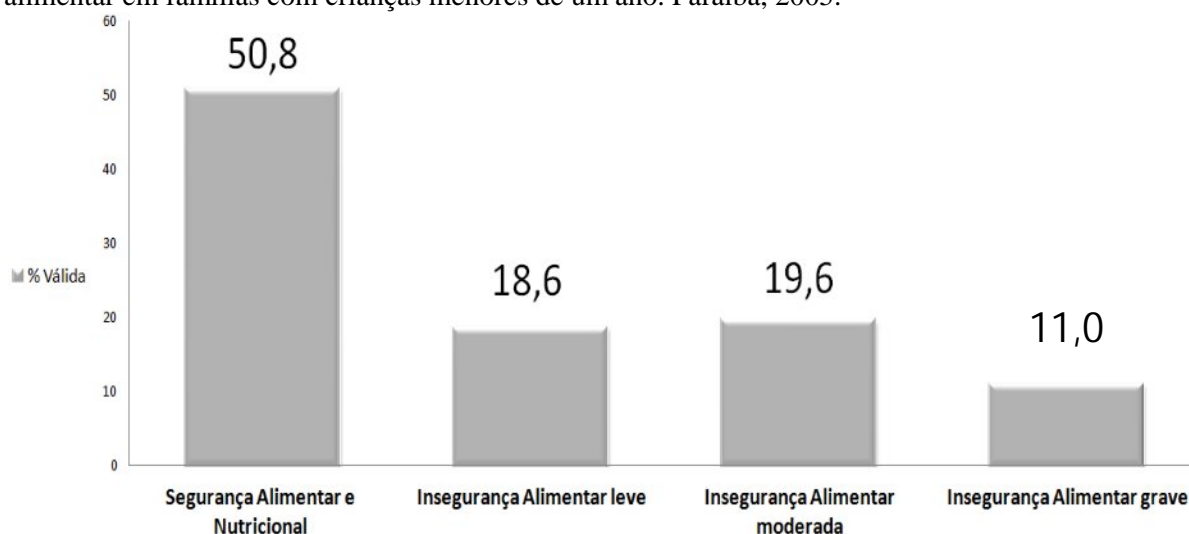
**Gráfico 1-** Frequência válida dos alimentos ofertados às crianças menores de seis meses pela mãe. Paraíba, 2005.



Fonte: Produção do autor.

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar permitiu classificar todas as famílias com crianças entrevistadas, como consta no gráfico 2. O resultado da segurança alimentar foi igual a 50,8% (IC95%:49,35-52,25). Nos níveis leve, moderado e grave da insegurança alimentar os valores foram, respectivamente, 18,6% (IC95%:17,47-19,73), 19,6% (IC95%:18,44-20,75) e 11,0% (IC95%:49,28-60,52).

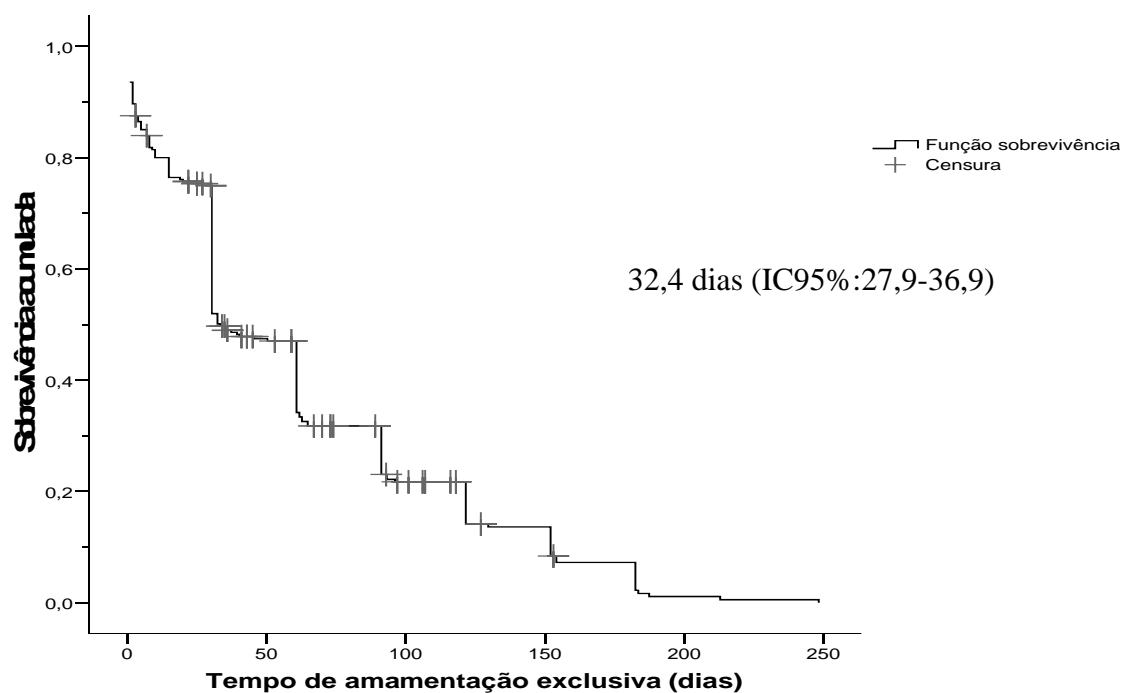
**Gráfico 2** - Frequência válida segurança alimentar e nutricional e diferentes níveis de insegurança alimentar em famílias com crianças menores de um ano. Paraíba, 2005.



Fonte: Produção do autor.

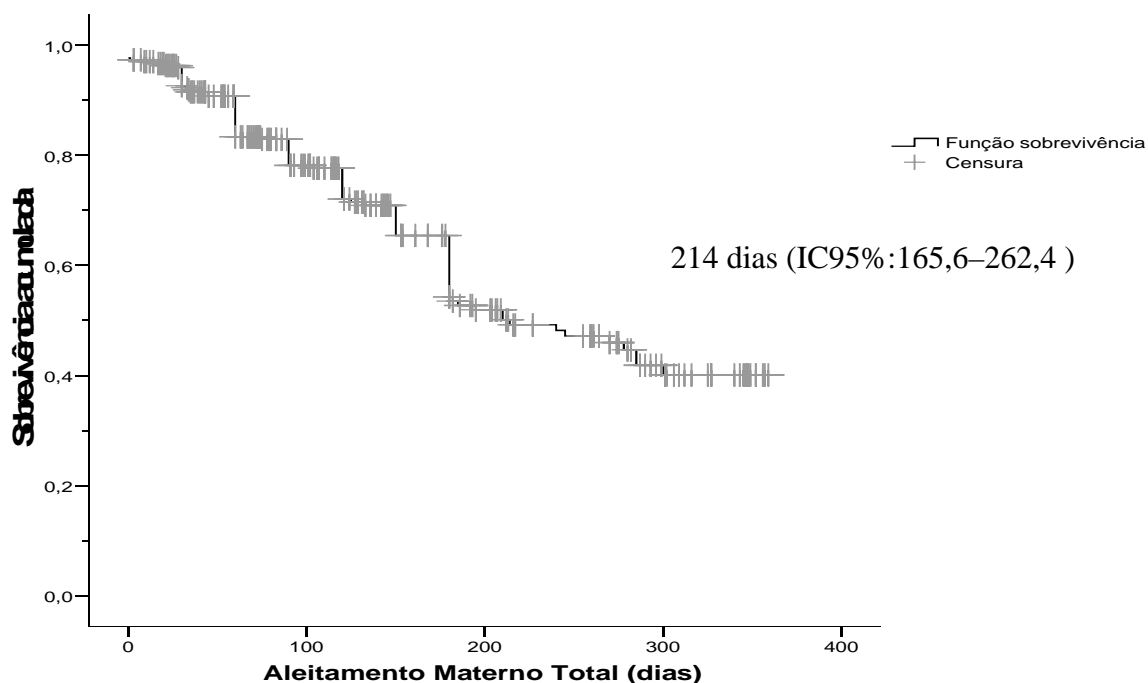
Para avaliação da amamentação, as curvas de sobrevivência de *Kaplan-Meier* foram construídas para cada tipo de aleitamento materno, exclusivo e total, pelo cálculo do tempo indicado de duração da prática da amamentação dos menores de um ano (evento) e pelos períodos em que as crianças ainda estavam sendo amamentadas ou interromperam a amamentação com consumo de outro alimento até o momento da entrevista (censuras). Nos gráficos 3 e 4 são apresentadas, respectivamente, o tempo de aleitamento exclusivo e total, em dias. A técnica de *Kaplan-Meier* permite o cálculo do tempo mediano da forma exclusiva de amamentação que foi 32,4 dias (IC95%:27,9-36,9; n=294, eventos=257, censuras=37) e 214 dias (IC95%:165,6-262,4; n=298, eventos=104, censuras=194) no aleitamento total. Observa-se um número grande de censuras na curva de sobrevivência do tempo de aleitamento total, pois muitas crianças ainda estavam recebendo leite no momento da entrevista.

**Gráfico 3** - Curva de sobrevida de *Kaplan-Meier* do tempo de aleitamento materno exclusivo, em dias, em crianças menores de um ano. Paraíba, 2005 (n=294, eventos=257, censuras=37).



Fonte: Produção do autor.

**Gráfico 4** - Curva de sobrevida de *Kaplan-Meier* do tempo de aleitamento materno total, em dias, em crianças menores de um ano. Paraíba, 2005 (n=298, eventos = 104, censuras = 194).



Fonte: Produção do autor.

As características socioeconômicas das famílias antes descritas neste trabalho foram relacionadas com teste de significância *Log-Rank* em função do tempo de aleitamento

exclusivo e total. Apenas a variável “saber ler ou escrever” apresentou associação estatística com o tempo de aleitamento total ( $p=0,0132$ ) (Tabela 6).

Em dados não tabulados foi observado, por meio do teste *Log-Rank*, que as mães que responderam negativamente a esta questão tiveram tempo mediano menor de amamentação total do que na situação afirmativa (150 dias, IC95%:105-195 dias vs 270 dias, IC95%:195-345 dias).

**Tabela 6** – Distribuição da frequência válida das características das mães ou do responsável dos menores de um ano segundo duração do aleitamento total e exclusivo. Paraíba, 2005.

Características maternas ou do responsável	Frequência válida		AM	AME
	n	%	<i>log-rank</i>	<i>log-rank</i>
<b>Sabe ler ou escrever</b>			<b>0,0132</b>	0,3619
Sim	<b>253</b>	84,3		
Não	<b>47</b>	15,7		
<b>Escolaridade</b>			0,1379	0,0989
Sem escolaridade	<b>47</b>	16,0		
Primário completo ou incompleto	<b>155</b>	52,7		
Secundário, superior ou profissionalizante	<b>92</b>	31,3		
<b>Ocupação/atividade</b>			0,9349	0,8923
Dona de casa	<b>140</b>	47,6		
Estudante ou procura trabalho	<b>38</b>	12,9		
Aposentado, pensionista, toca lavoura, tem trabalho	<b>116</b>	39,5		
<b>Moradores/ cômodos para dormir</b>			0,7346	0,2348
Até duas pessoas	<b>116</b>	39,1		
Até três pessoas	<b>113</b>	38,0		
Quatro a oito pessoas	<b>68</b>	22,9		
<b>Local de moradia</b>			0,0940	0,3707
Zona urbana	<b>143</b>	47,5		
Zona rural	<b>458</b>	52,5		
<b>Tipo de moradia</b>			0,9481	0,1639
Alvenaria acabada	<b>225</b>	75,0		
Alvenaria inacabada ou taipa revestida ou não, outros	<b>75</b>	25,0		
<b>Acesso à rede pública de água</b>			0,5704	0,2431
Sim	<b>151</b>	50,2		
Não	<b>150</b>	49,8		
<b>Acesso à rede pública de esgoto</b>			0,9174	0,5697
Sim	<b>76</b>	25,2		
Não	<b>225</b>	74,8		

Características maternas ou do responsável	Frequência válida		AM	AME
	n	%	<i>log-rank</i>	<i>log-rank</i>
<b>Lixo coletado por serviço público</b>			0,4993	0,9934
Sim	<b>140</b>	46,9		
Não	<b>159</b>	53,1		
<b>Renda individual</b>			0,8802	0,0688
Até R\$50,00	<b>132</b>	54,5		
R\$ 50,01 – 150	<b>92</b>	38,4		
R\$150,01 ou mais	<b>18</b>	7,1		
<b>Recebe ajuda em alimentos</b>			0,3754	0,5344
Sim	<b>71</b>	23,6		
Não	<b>230</b>	76,4		
<b>Recebe ajuda em dinheiro</b>			0,6452	0,2217
Sim	<b>108</b>	64,1		
Não	<b>193</b>	35,9		

Na tabela 7 as características relacionadas à saúde das mães das crianças menores de um ano foram relacionadas também em função do tempo de aleitamento materno total e exclusivo como na tabela anterior. Apenas a variável “recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal” teve associação estatística com o tempo de aleitamento materno exclusivo ( $p=0,0067$ ). Por meio do cálculo de *Log-Rank*, em dados não tabulados, distinguiu-se que esta informação recebida sobre amamentação influenciou positivamente no aumento da duração do aleitamento materno exclusivo, aumentando o tempo mediano desta prática em 15 dias (45,4 dias, IC95%: 40,7 a 50,1 dias *versus* 30,4 dias, IC95%: 22,4 a 38,4 dias).

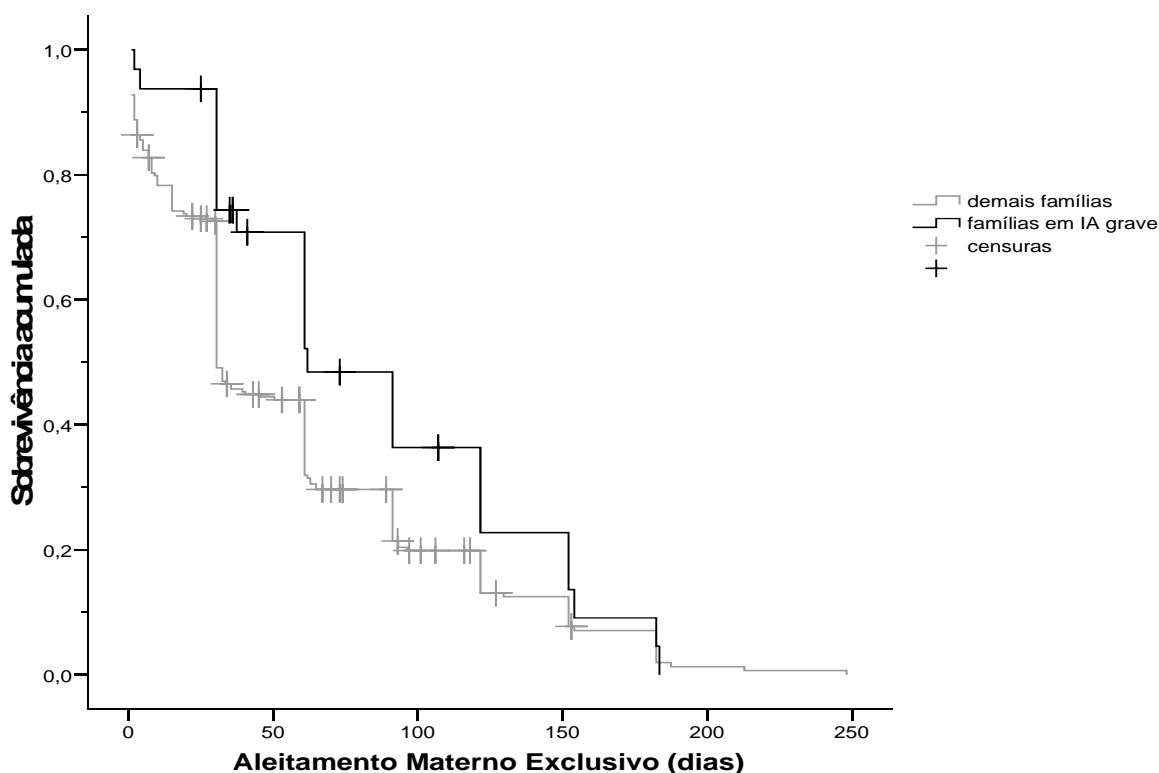
**Tabela 7** - Distribuição das características relacionadas à saúde das crianças menores de um ano e suas mães em relação ao tempo de aleitamento materno total e exclusivo. Paraíba, 2005.

Características saúde materna e assistência pré-natal	Frequência válida		AM	AME
	n	%	<i>log-rank</i>	<i>log-rank</i>
<b>Número de gestações</b>			0,3457	0,3509
Primíparas	<b>103</b>	34,2		
Duas a três	<b>124</b>	41,2		
Quatro ou mais	<b>74</b>	24,6		
<b>Recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal</b>			0,8112	<b>0,0067</b>
Sim	<b>258</b>	86,6		
Não	<b>40</b>	13,4		
<b>Tipo de parto</b>			0,2735	0,9989
Cesárea	<b>84</b>	27,9		
Normal	<b>216</b>	71,8		

Foi analisado o comportamento do tempo de aleitamento materno total em relação à situação de segurança e insegurança alimentar. Com dados não tabulados, observou-se que o tempo de aleitamento materno total foi igual a 210 dias (IC95%:78,5–241,5) nas famílias em segurança alimentar e, entre aquelas em insegurança alimentar, a duração foi de 278 dias (IC95%:197,6–358,4), sem diferença estatisticamente significativa, independente do nível de insegurança.

Quando testado se o tempo mediano de duração do aleitamento materno exclusivo das mães em situação de insegurança alimentar grave era maior que o das demais mães em segurança alimentar e nutricional, insegurança alimentar leve e moderada, o resultado do teste *Log-Rank* mostrou que sim (IA grave = 61,8 dias, IC95%:32,6–91,0 vs SA/IAleve/IAmód= 30,4 dias, IC95%:29,1–31,7; *Log-Rank*= 4,4, gl=1, p=0,036). As diferenças no comportamento do tempo da forma exclusiva de amamentação podem ser observadas por meio da curva de sobrevivência de *Kaplan-Meier* no gráfico 5.

**Gráfico 5** - Curva de sobrevivência de *Kaplan-Meier* do tempo de aleitamento materno exclusivo, em dias, das crianças menores de um ano inseridas em famílias em insegurança alimentar grave e das demais famílias em segurança alimentar e insegurança alimentar moderada e leve. Paraíba, 2005 (n=217, eventos = 189, censuras = 28).



Fonte: Produção do autor.

As variáveis que se mantiveram no modelo de regressão de *Cox* foram: área de residência, tipo de moradia, acesso à rede de abastecimento de água, acesso à coleta de lixo, situação de insegurança alimentar grave e haver recebido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, sendo somente estas três últimas significativas (Tabela 8).

Os valores de *hazard ratio* (HR) calculados estimaram a chance de interrupção do aleitamento materno exclusivo mais precocemente, de modo que as famílias em situação de insegurança alimentar grave e sem acesso à rede de coleta de lixo, características de vulnerabilidade social, mostraram tempos maiores de aleitamento materno exclusivo. Receber orientação sobre amamentação no pré-natal, acesso à rede de água, local e tipo de moradia foram variáveis que ficaram no modelo, mas perderam significância estatística, não demonstrando relação com a prática da amamentação (Tabela 8).

Com relação à duração do aleitamento materno total, não foi possível realizar as mesmas análises com esta metodologia em função de mais da metade dos dados serem censuras, inviabilizando o poder estatístico dos testes com a técnica de sobrevivência.

**Tabela 8** – Análise de regressão multivariada sobre variáveis de influência no aleitamento materno exclusivo, modelo multivariado de regressão de *Cox*. Paraíba, 2005.

Variável	HR	IC 95%
Segurança e insegurança alimentar familiar		
Segurança e insegurança leve e moderada	1	
Insegurança alimentar grave	<b>0,64</b>	<b>0,42 – 0,98</b>
Orientação sobre amamentação durante o pré-natal		
Não	1	
Sim	0,67	0,43 – 1,02
Acesso à coleta de lixo		
Sim	1	
Não	<b>0,57</b>	<b>0,35 – 0,92</b>
Local de Moradia		
Rural	1	
Urbano	0,65	0,42 – 1,02
Tipo de moradia		
Alvenaria inacabada ou taipa revestida ou não, outros	1	
Alvenaria acabada	1,28	0,93 – 1,76
Acesso à rede de água		
Sim	1	
Não	1,35	0,96 – 1,90

## 6. DISCUSSÃO

Este trabalho procurou contribuir com o reduzido número de estudos na literatura (NEAULT et al., 2007; GOMES; GUBERT, 2012) que relacionam o aleitamento materno às situações de segurança e insegurança alimentar e nutricional. Sobretudo pela importância do aleitamento materno como estratégia de cuidado e manutenção à vida das crianças, principalmente quando a família encontra-se em condições desfavoráveis socioeconomicamente (ASSIS et al., 2007) ou em situações emergenciais (WHO, 2005).

Verificar a existência de problemas sociais vividos pela família e/ou população é importante devido à influência dessas questões na condição de saúde e nutrição da criança (ASSIS et al., 2007). Pois estas inseguranças de vida são percebidas no âmbito alimentar da família (SEGALL-CORRÊA, 2007), podendo fazer com que os indivíduos possam modificar o perfil quali-quantitativo do consumo alimentar, a salubridade do micro e macro ambiente, a natureza e o grau de cuidados dispensados à criança (ASSIS et al., 2007).

Foi verificado entre as famílias avaliadas com crianças menores de um ano um perfil socioeconômico desfavorável, principalmente no que se refere à renda individual, seguido de moradia, acesso à água, coleta de lixo e esgotamento sanitário, sendo mais frágil a condição na zona rural. As desigualdades são percebidas também no âmbito da saúde das mães das crianças estudadas, afinal um quarto delas iniciou tardiamente o acompanhamento pré-natal e um terço realizou cesárea. Esses dados dos municípios avaliados traduzem desigualdades também verificadas em todo estado da Paraíba, assim como em outros estados nordestinos, por concentrarem ainda grandes desigualdades sociais (IBGE, 2002), de moradia e de assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2009a).

As medianas da duração do aleitamento encontradas nas crianças menores de um ano de idade avaliadas, tanto para a forma exclusiva como a total, foram menores que os valores observados em pesquisa nacional, realizada em 2006, na qual a mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 2,17 meses e o aleitamento total foi de 14,0 meses (SEGALL-CORRÊA et al. 2009). No Estado do Piauí, a duração mediana da amamentação exclusiva foi de 67 dias e 200 dias do aleitamento total (RAMOS et al., 2008), corroborando os resultados deste trabalho e confirmando as características regionais desta prática. De toda maneira, é importante destacar que os dados nacionais, assim como os regionais e os deste estudo, ainda são muito inferiores ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001a), demonstrando a dificuldade de manutenção do aleitamento materno.



Mais de um quarto das mães entrevistadas não tiveram seus filhos colocados junto a elas logo após o parto. Nessas situações, aumenta-se a possibilidade da não formação de vínculo entre mãe e filho, o que pode interferir na realização do aleitamento materno. Segundo alguns autores, o contato precoce potencializa o aleitamento materno, tanto imediatamente quanto dois ou três meses mais tarde, além de promover efeitos benéficos no comportamento materno e na proximidade de mãe e bebê (TOMA; MONTEIRO, 2001; BUENO; TERUYA, 2004; CARVALHO; TAMEZ, 2005).

Foram diversificadas as respostas maternas sobre o que ajuda na amamentação. A boa alimentação da mãe pode ser uma característica relacionada com o aleitamento, devido à crença materna de que um alimento insuficiente ou de baixa qualidade poderia influenciar nas características ou na quantidade de leite produzido (SILVA; MOURA; SILVA, 2007; MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009). Uma pesquisa qualitativa sobre os aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo, em mulheres atendidas em unidade básica de saúde, revelou associação entre a amamentação com experiências e percepções de preocupação e inseguranças maternas acerca da suficiência do leite (FUJIMORI et al., 2010). A família representa um pilar fundamental para ações de saúde e incentivo ao aleitamento (BARREIRA; MACHADO, 2004), assim como a presença paterna pode gerar uma boa influência nessa prática alimentar (VITETRI; BRITO, 2003). Essa participação familiar e em especial a paterna diante das mudanças ocorridas com a gestação podem auxiliar a minimizar tensões e expectativas que tendem a dificultar a vontade da mulher em amamentar. O pai de forma próxima e ativa na gravidez torna esse momento mais tranquilo e equilibrado à mãe, aumenta a chance da criação de vínculo entre pai-filho e melhorar o convívio familiar, por isso é importante estreitar a participação paterna desde o pré-natal (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2009).

A maioria das mães pesquisadas neste trabalho recebeu alguma orientação durante o pré-natal sobre a amamentação, sem ter demonstrado significância estatística em relação ao aumento da duração da amamentação. Apesar disso, na literatura, o registro de informações sobre técnicas e os estímulos à autoconfiança oferecidos à gestante durante o pré-natal demonstram ter influência na realização do aleitamento materno (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; INGRAN; JOHNSON; GREENWOOD, 2002; DUBEUX et al., 2004; GIUGLIANE, 2005). Em estudo no Reino Unido, houve aumento significativo nas taxas de aleitamento materno exclusivo com duas a seis semanas no pós-parto e de aleitamento materno total em duas semanas quando as mulheres recebiam orientação na maternidade sobre a técnica de amamentação, quando comparadas com as mulheres que tiveram seus filhos no mesmo

hospital antes da intervenção (INGRAN; JOHNSON; GREENWOOD, 2002). Pesquisa desenvolvida em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro/RJ revelou associação entre a prevalência do aleitamento materno exclusivo com as orientações recebidas nos grupos de apoio à amamentação (PEREIRA et al., 2010). Em Pernambuco, verificou-se aumento na duração do aleitamento materno total, chegando até 148 dias, entre aquelas mães que haviam recebido orientação sobre a amamentação durante o pré-natal houve o aumento da duração mediana foi de 126 dias contra 101 dias de quem não teve a mesma informação (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006).

Entre os fatores elencados como mais prejudiciais ao aleitamento materno, neste estudo, estiveram associadas às mamas maternas estarem empedradas ou inflamadas. Situação que pode ocorrer por questões fisiológicas (WEIGERT et al., 2005; DUFF; PERCIVAL; KERSHAW, 1997; HENDERSON; STAMP; PINCOMBE, 2001; INGRAN; JOHNSON; GREENWOOD, 2002) como ligados a problemas psicológicos/emocionais (FUJIMORI et al., 2010). Qualquer interferência que dificulte a dinâmica da sucção ou extração do leite materno, diminuindo, assim, o esvaziamento da mama ou a produção, gera prejuízo à manutenção da amamentação, inclusive elevando a introdução precoce de alimentos na dieta das crianças (INGRAN; JOHNSON; GREENWOOD, 2002).

As lesões mamilares geralmente são provocadas por uma pega inadequada, causando desconforto e comprometendo, conseqüentemente, a continuidade da prática do aleitamento materno (DUFF; PERCIVAL; KERSHAW, 1997; HENDERSON; STAMP; PINCOMBE, 2001; INGRAN; JOHNSON; GREENWOOD, 2002). Estudo realizado em um Hospital Amigo da Criança, localizado em Porto Alegre/RS, observou maior número de parâmetros desfavoráveis (questões de posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê) à amamentação materna, devido à presença de lesões mamilares, que foi de 25% entre as entrevistadas (WEIGERT et al., 2005).

O trabalho materno foi percebido pelas mães dos 14 municípios da Paraíba avaliados como fator prejudicial. Em 2002, um estudo transversal realizado em 223 municípios da Paraíba, observou essa relação do trabalho remunerado materno e a realização da amamentação foi analisada, concluindo-se que, entre as mulheres que trabalhavam fora e usufruíram da licença maternidade, a prevalência do aleitamento exclusivo foi maior e o aleitamento total foi menor (VIANNA et al., 2007). Segundo Vianna et al. (2007), a presença da mulher no mercado de trabalho dificulta a manutenção do aleitamento, pois o retorno ao trabalho ocorre, na maioria das vezes, até o quarto mês de vida da criança. Assim, a

interrupção precoce do aleitamento é acrescida da introdução de alimentos na dieta da criança (VIANNA et al., 2007).

Uma adequada alimentação infantil compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados para complementar o aleitamento materno (BRASIL, 2005). Mais da metade das crianças estudadas nesta pesquisa, com menos de seis meses, tiveram a descaracterização do aleitamento materno exclusivo por estar consumindo água, leite fluido ou em pó e chá. No Brasil, o Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Mundial de Saúde, consideram uma alimentação complementar oportuna iniciada entre seis e sete meses de vida (WHO, 2001a; BRASIL, 2005; WHO, 2006), uma vez que a introdução precoce dos alimentos na dieta pode conduzir a enfermidades e ao déficit nutricional (WHO, 2006). Essa introdução precoce de alimentos pode ser verificada em Alfenas, Minas Gerais, em trabalho realizado para determinar a prevalência da amamentação e avaliar o consumo de outros alimentos em crianças menores de seis meses, além da baixa prevalência do aleitamento exclusivo, 50,7% da amostra avaliada já estava em alimentação complementar (ARANTES et al., 2011).

A situação de penúria alimentar expressa pela insegurança alimentar grave ocorre com maior frequência na região Nordeste do Brasil, se comparada com as demais regiões do país (IBGE, 2010). Entre as crianças estudadas, residentes em 14 municípios do estado, 11% moravam em domicílios que estavam no pior nível de insegurança alimentar e nutricional, confirmando a gravidade da situação apresentada em outros trabalhos (VIANNA; SEGALL-CORRÊA, 2008; IBGE, 2010).

Gomes e Gubert (2012) avaliaram a relação entre a duração da amamentação e a situação familiar de segurança alimentar e nutricional, utilizando dados populacionais da Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares. Analisando somente os domicílios com crianças menores de dois anos, observou-se que, nas residências em situação de insegurança alimentar (independente do nível), houve maior prevalência de aleitamento materno, se comparado onde a segurança alimentar era presente. Porém, esse resultado foi significativo somente para os domicílios com lactentes de 12 a 24 meses, não sendo observadas diferenças estatísticas para aqueles com crianças menores de um ano de vida (GOMES; GUBERT, 2012).

Já o presente estudo revelou que, nas famílias com pior condição de insegurança alimentar, onde ocorre privação de alimentos e relatos de fome no domicílio, a duração mediana do aleitamento materno exclusivo é duas vezes maior que nas demais famílias. Estes achados mostram que em situações muito desfavoráveis, as mães utilizam estratégias

eficientes para a sobrevivência dos seus filhos, considerando, além do efeito protetor do aleitamento materno (BRASIL, 2009b), a economia financeira resultante desta prática (ARAÚJO et al., 2004). Este resultado foi confirmado em outra pesquisa realizada entre grupos vulneráveis da população de um distrito de saúde de Campinas, São Paulo, no qual as medianas de aleitamento materno total e exclusivo encontradas foram superiores às médias nacionais (DOMENE; MEDEIROS; MARTINS, 2011).

A falta de acesso à coleta de lixo, também relacionado com o prolongamento da amamentação exclusiva entre o grupo avaliado neste trabalho, confirma que as condições de pobreza e a falta de serviços essenciais, que são determinantes para a situação de insegurança alimentar, também são condicionantes da prática alimentar das crianças pequenas.

Outro importante resultado obtido foi a falta de relação entre a duração da prática do aleitamento materno exclusivo entre as famílias em segurança alimentar e nutricional e aquelas em insegurança leve ou moderada. Este fato indica que a promoção da segurança alimentar e nutricional, de acordo com o direito legítimo a uma alimentação adequada, conforme a Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a), não é suficiente para a melhoria da duração da prática do aleitamento materno.

## 7. CONCLUSÕES

As limitações deste trabalho remetem-se a utilização dos dados coletados retrospectivamente, possibilitando viés de memória e diminuindo o poder nas análises estatísticas. A análise de sobrevivência é uma técnica importante e permitiu calcular as medianas do aleitamento materno no grupo avaliado, porém como utiliza informações daquelas crianças que ainda estavam sendo amamentadas no momento da entrevista devido a própria idade foram altos o número de dados censurados impossibilitando análises de associação com a amamentação total.

O presente trabalho permitiu concluir que o aleitamento materno exclusivo teve maior duração entre as famílias com condições mais frágeis de acesso à coleta de lixo público e vivendo em insegurança alimentar, onde há ausência física do alimento.

Entre as situações elencadas pelas mães que mais as prejudicavam e auxiliavam na amamentação, foram expostas questões do cotidiano familiar e fisiológico (em relação às mamas), como as principais. Estes pontos reforçam como o ambiente familiar pode influenciar ou, pelo menos, deve ser considerado nos estudos.

O consumo de alimentos líquidos (água, chá e leite – pó ou fluido) foram prevalentes entre as crianças que tinham menos de seis meses de idade da amostra. Porém esta introdução precoce pode interferir na manutenção e duração da amamentação, além de descaracterizar a prática exclusiva do aleitamento.

Os baixos valores encontrados para as medianas de duração da amamentação demonstram a necessidade de reforçar tanto a prática da forma exclusiva como a realização da amamentação de maneira geral, haja vista a importância do aleitamento à saúde materno-infantil.

Mesmo em situações extremas, como na insegurança alimentar grave, a forma exclusiva ainda teve mediana inferior aos seis meses recomendados. Sendo assim é preciso que outras pesquisas sejam feitas sobre a influência da segurança e insegurança alimentar e nutricional no aleitamento materno em diferentes populações, de diferentes estados e regiões, pois outras características podem ter significância com a prática do aleitamento materno.

Além disso, a partir dos resultados verificados percebe-se a necessidade de outros estudos e/ou intervenções em relação à manutenção e à duração da amamentação em outras populações e nos mesmos municípios para haja comparação dos dados. Da mesma forma sobre as questões que levam a introdução precoce de líquidos, qual a influência subjetiva das

mães e familiares na prática do aleitamento materno e dos cuidados recebidos durante o pré-natal, parto e puerpério. Em relação as crianças avaliadas surgem questionamento acerca da influência da amamentação no seu desenvolvimento físico, biológico e cognitivo.

São necessárias avaliações após a implantação de programas sociais e mudanças na assistência primária à saúde as populações, principalmente aquelas em situação de fragilidade de social.

## 8. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediat.**, Rio de Janeiro, v. 80, S. 5, p. S119-S125, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2012.
2. ANTUNES, M. M. L.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1642-1650, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/17.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.
3. ARANTES, C. I. S. et al. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 421-429, maio / jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n3/a05v24n3.pdf>>. Acesso em 5 out. 2012.
4. ARAÚJO, M. F. M. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 2, p. 135-141, abr. / jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/20999>>. Acesso em: 5 out. 2012.
5. ASSIS, A. M. O. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/09.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.
6. BAPTISTA, G.H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 596-604, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n3/14.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2012.
7. BARKER, D. J. Fetal origins of coronary heart disease. **British Medical J.**, v. 15, n. 311, p. 171-174, julho 1995.
8. BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência familiar. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2004.
9. BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.I.], v. 14, n. 1, p. 41-68, mar. 2005. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v14n1/pdf/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.
10. BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996. 296 f. Disponível em: <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2012.
11. BENER, A.; EHLAYEL, M. S.; ABDULRAHMAN, H. M. Exclusive breast feeding and prevention of diarrheal diseases: a study in Qatar. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, mar. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 out. 2012.

12. BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2681-2694, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/23.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2012.

13. BRASIL. Decreto n°. 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 ago. 2010a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm)>. Acesso em: 18 set. 2012.

14. BRASIL. Emenda Constitucional n°.64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 fev. 2010b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm)>. Acesso em: 18 set. 2012.

15. BRASIL. Lei n°. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 set. 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11346.htm)>. Acesso em: 18 set. 2012.

16. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. **Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal - PPAM-CDF**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/gotadeleite/01/arqs/pesqnacprevalencia99.ppt>>. Acesso em 20 jun. 2012.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2012.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 108 f. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2012.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de



Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil:** aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 112 f. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2012.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério.** Atenção qualificada e Humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 163 f. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

21. BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 152 f. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_crianças\\_menores\\_2anos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2012.

22. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Lei de Segurança Alimentar e Nutricional.** Conceitos. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Brasília, 2006a. 20 f. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/publicacoes-arquivos/cartilha-losan-portugues>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

23. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Documento base da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.** Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar, 2007. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/consea/3conferencia/static/Documentos/Documento%20Base.pdf>>. Acesso em 3 out. 2012.

24. BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J Pediatr.**, v. 80, n. 5, p. 126-130, nov. 2004. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a03.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.

25. BURLANDY, L.; COSTA, R. S. Segurança alimentar e nutricional: concepções e desenhos de investigação. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). **Epidemiologia nutricional.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 485-501.

26. CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação:** bases científicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 430 p.

27. CÉSAR, J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **British Medical J.**, London, v. 318, p. 1316-1320, may, 1999.

28. CHANTRY, C. J.; HOWARD, C. R.; AULNGER P. A. Full breastfeeding duration and associated decrease in Respiratory Tract infection in US Children. **Pediatrics**, United States, v. 117, n. 2, fev. 2006. Disponível em: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2283](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2283)>. Acesso em: 2 out. 2012.

29. COTRIM L. C.; VENANCIO S. I.; ESCUDER M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Rev. Bras.**

**Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 3, p. 245-252, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n3/17094.pdf>>. Acesso em: 2 de ago. 2012.

30. DOMENE, S. M. A.; MEDEIROS, M. A. T.; MARTINS, P. A. A dinâmica do aleitamento materno entre famílias em vulnerabilidade social: o que revela o sistema de busca ativa. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 71-77, jan. / fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n1/v24n1a07.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2012.

31. DUBEUX, L. S. et al. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda (PE). **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 339-404, out. / dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n4/a09v04n4.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2012.

32. DUFFY EP, PERCIVAL P, KERSHAW E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. **Midwifery**, [S.I.], 13, n. 4, p. 189-96, dez. 1997.

33. ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômicas-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-61, set. 2002.

34. FUJIMORI, E. et al. Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Itupeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sociais?. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 39-49, jan. / mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n1/v10n1a04.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2012.

35. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA (UNICEF). Situação da infância brasileira 2006. Brasília: Unicef, 2005. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10167.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm)>. Acesso em: 3 out. 2012.

36. GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação Complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, fevereiro 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n2/12.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2012.

37. GIUGLIANE, E. R. J. Aleitamento materno: principais dificuldades e seu manejo. In: DUNCAN. B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 22, p. 239-249.

38. GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security status. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 279-282, maio 2012. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/12-88-03-279/ing.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.

39. HENDERSON, A.; STAMP, G.; PINCOMBE, J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. **Birth**, [S.I.], v. 28, n. 4, p. 236-242, dez. 2001.

40. INGRAN, J; JOHNSON, D.; GREENWOOD, R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. **Midwifery**, [S.I.], v. 18, n. 2, p. 87-101, jun. 2002. Disponível em: <<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0266->

[6138/PIIS0266613802903086.pdf](#)>. Acesso em: 3 out. 2012.

41. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

42. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios –PNAD: suplemento sobre segurança alimentar 2004/2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca\\_alimentar\\_2004\\_2009/pnadalimentar.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2012.

43. JACKSON, K. M.; NAZAR, A. M. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. **Journal of the American Osteopathology Association.**, [S.I.], v. 102, n. 4, p. 203-207, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.jaoa.org/content/106/4/203.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 out. 2012.

44. JONES, G. et al. Bellagio Child Survival Study Group: how many child deaths can we prevent this year?. **The lancet**, [S.I.], v. 362, p. 65-71, jul. 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/pdfs/lancet\\_child\\_survival\\_prevent\\_deaths.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2012.

45. KAC, G. et al. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **Amer. J of Clinical Nutrition**, (United States), v. 79, n. 3, p. 487-493, mar. 2004.

46. KAISER, L. L. et al. Food insecurity and food supplies in Latino households with young children. **J Nutr Educ Behav**, [S.I.], v. 35, n. 3, p. 148-153, maio / jun. 2003.

47. KLEINBAUM, D. G. **Survival Analysis: a self-learning text. Statistics in the health sciences**. New York: Springer-Verlag, 1996.

48. KRAMER, M. S. et al. The Probit Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. **Jama**, United States, v. 285, n. 4, p. 413-420, 2001.

49. KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, [S.I.], Issue 1, jan. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517/pdf>>. Acesso em: 02 out. 2012.

50. LEÃO, M. M. et al. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: MONTEIRO, M.F.G.; CERVINI, R. (Org.). **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil 1989**. Rio de Janeiro: IBGE/Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais, 1992. p. 97-110.

51. MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-569, jul./ ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/12.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2012.

52. MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C.; BERGMAN N. Early skin-to-skin contact for

mothers and their healthy newborn infants (Review). **The Cochrane Library**, New Zealand, Issue 4, 2007. Disponível em: <<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003519.pdf>>. Acesso em: 2 set 2012.

53. MORROW A. L. et. al., Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. **The Lancet**, [S.I.], v. 353, p. 1226-1231, abr. 1999.

54. MOTTA, V.; FILHO, P. F. O. **SPSS – Análise de dados biomédicos**. Rio de Janeiro: Medbook, 2009. 334 f.

55. NEAULT, N. B. et al. Breastfeeding and health outcomes among citizen infants of immigrant mothers. **J Am. Diet Assoc.**, [S.I.], v. 107, n. 12, p. 2077-2086, dez. 2007.

56. NORD, M.; ANDREWS, M.; CARLSON, S. **Household food security in the United States 2005**. Washington DC: United States Department of Agriculture, Economic Research Service; 2006. 65 f. (Food Assistance and Nutrition Research Report, 29). Disponível em: <<http://www.ers.usda.gov/publications/err-economic-research-report/err66.aspx>>. Acesso em: 3 out. 2012.

57. NWEZE, N.; YEGAMMIA, C. Prevalence of food insecurity among households with children in Coimbatore, India. **Nutr Res**, [S.I.], v. 22, n. 9, p. 1009-1016. set. 2002. Disponível em: <<http://www.nrjournal.com/article/S0271-5317%2802%2900419-0/abstract>>. Acesso em: 3 out. 2012.

58. OLINTO, M. T. et al. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. S14-S27, 1993.

59. PALMEIRA, P. A. **Análise da segurança alimentar e nutricional: uma contribuição da perspectiva da criança**. 2008. 150 f. Dissertação (Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

60. PALMEIRA, P. A.; SANTOS, S. M. C.; VIANNA, R. P. T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residente em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 553-563, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n4/v24n4a04.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.

61. PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2342-2354, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/artigocadsp10.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2012.

62. PIAZZALUNGA, C. R. C.; LAMOUNIER, J. A. A paternidade e sua influência no aleitamento materno. **Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 49-57, 2009. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1290.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2012.

63. POLGATI DIEHL, J.; CAMARATTA ANTON, M. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. **Aletheia**, Canoas, n.34, p.47-60, abril 2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115022577005.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2012.

64. RAMOS, C. V. et al.. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1753-1762, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/04.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2012.
65. REA, M. F.; TOMA T. S. Amamentação: evidências científicas e ações para incentivar sua prática. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 427-443.
66. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para Saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 f.
67. SANDRE-PEREIRA, G. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 457-466, abr. / jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2095.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2012.
68. SEGALL-CORRÊA, A. M. **Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais**. 1996. 222 f. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 1996.
69. SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 302 f.
70. SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. **Relatório técnico- Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação – urbano e rural: Versão preliminar**. Campinas: UNICAMP, 2004. Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/validacao\\_rural\\_urbano.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/validacao_rural_urbano.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2012.
71. SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estu. av.**, São Paulo, v. 21, n. 60, maio 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v21n60/a12v2160.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2012.
72. SENA, M. C. F. **Aleitamento materno no Brasil**. 2007. 115 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2007.
73. SILVA, M. B. C.; MOURA, M. E. B.; SILVA, A. O. Desmame precoce: representações sociais de mães. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 31-50, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7134/5047>>. Acesso em: 4 out. 2012.
74. SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 69-77, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n1/08.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2012.
75. SOUSA, C. B.; SANTO, L. C. E; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas Públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil**. 2010. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo\\_franca\\_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_franca_novo.pdf)>. Acesso em: 02 ago 2012.

76. TARASUK, V. S.; BEATON, G. H. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. **J. Nutr.**, (United States), v. 129, n. 3, p. 672-679, mar. 1999. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/129/3/672.full.pdf+html>>. Acesso em: 03 out. 2012.

77. TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 235-246, 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2012.

78. TOMA, T.S.; MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e provadas do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 409-14, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6577.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.

79. VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, jan./mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000100012&lang=pt&tlng=>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100012&lang=pt&tlng=>)>. Acesso em: 11 nov. 2012.

80. VENÂNCIO, S. I. et al., Early interruption of exclusive breastfeeding and associated factors, state of São Paulo, Brazil. **J Hum Lact**, São Paulo, v. 24., p.168-174, fev. 2008.

81. VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 40-49, 1998.

82. VIANNA, R. P. D. T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, p. 111s-122s, 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21s0/10.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2012.

83. VIANNA, R. P. T. et al. A prática amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/15.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2012.

84. VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, [S. I.], v. 8, n. 2, p. 319-22, ago. 1987.

85. VITETRI, S. C.; BRITO, A. S. J. Prevalência do aleitamento materno em criança até o sexto mês de idade na cidade de Maringá (PR). **Acta Scientiarum, Health Sciences**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 141-146, 2003.

86. WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J Pediat.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 84, p. 310-316, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n4/v81n4a09.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2012.

87. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices.** Washington D.C., 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/nutrition/publications/iycf\\_indicators\\_for\\_peer\\_review.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/iycf_indicators_for_peer_review.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2012.
88. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Growth Reference Study. **Acta Paediatr.**, v. 95, n. 450, p. 27-37, 2006. Suplemento. Disponível em: <[http://www.who.int/childgrowth/standards/Comp\\_feeding.pdf](http://www.who.int/childgrowth/standards/Comp_feeding.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2012.
89. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review.** World Health Organization, Geneva, 2001a. 52 p.
90. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation.** World Health Organization, Geneva, 2001b. 52 f.
91. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding.** Dados de 1996 e 2006-7. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/bra.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2012.
92. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).IBFAN Brasil. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.** WHO Library, 2005. 31 f. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A- Termo de Consentimento livre esclarecido do projeto “Avaliação da Insegurança Alimentar de Famílias Residentes no Interior da Paraíba”



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é \_\_\_\_\_ (nome do entrevistador) e gostaria de conversar com *o(a) senhor(a)* sobre uma pesquisa que estamos fazendo pela UFPB. Esta pesquisa é sobre **a situação de segurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba.**

A segurança alimentar é um direito de toda a população e significa ter acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente.

Será realizada uma entrevista com *o(a) senhor(a)* onde serão perguntadas questões para se obter informações sobre: a família – número de pessoas, idade e sexo; o consumo alimentar – quais alimentos mais consumidos, alimentação de crianças pequenas e aleitamento materno; as características sócio-econômicas – profissão, escolaridade, rendimentos; saúde – pessoas doentes na família; tamanho e peso das crianças e, principalmente sobre características de segurança e insegurança alimentar.

Este trabalho está sendo realizado pela Universidade e não tem nenhuma relação com governo ou outra instituição. Nossa finalidade única é obter informações sobre as condições de saúde e alimentação da população e a participação *do(a) senhor(a)* e da sua família não implica em nenhum benefício material como o recebimento de doações de alimentos ou a inclusão em programas governamentais.

*O(a) senhor(a)* não é obrigado (a) a participar da pesquisa e se não participar isto não vai lhe trazer prejuízos. *O(a) senhor(a)* poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e por qualquer motivo.

Porém, se *o(a) senhor(a)* aceitar ser entrevistado(a), o resultado dessa pesquisa vai ser muito importante para que se conheça mais sobre a situação de alimentação da população do nosso Estado.

Nós garantimos que apenas os pesquisadores vão ter conhecimento das informações que *o(a) senhor(a)* nos der. Os resultados deste trabalho deverão ser divulgados em revistas científicas, mas com a garantia de que, em nenhuma circunstância, os entrevistados poderão vir a ser identificados.

Se todas as suas dúvidas foram esclarecidas, pedimos o seu consentimento para incluir *o(a) senhor(a)* como participante da pesquisa.

Responsável pela Pesquisa

**Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna**

Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Nutrição - Tel: (83) 216-7499

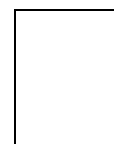
#### AUTORIZAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa “Avaliação da Insegurança Alimentar de Famílias Residentes no Estado da Paraíba”.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) entrevistada(o)





**APÊNDICE B-** Questionário do projeto “Avaliação da Insegurança Alimentar de Famílias Residentes no Interior da Paraíba”

**MÓDULO 1. INFORMAÇÕES INICIAIS**

**i.0.** Entrevistador: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

QUEST: \_\_\_\_\_

**i1.** Município \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**i2.** Endereço \_\_\_\_\_

**i2A.** Área:    **1**  Urbano                      **3**  Rural

**i3.** Qual o seu nome? (*primeiro nome*) \_\_\_\_\_

**i4.** Qual a sua idade? \_\_\_\_\_    **i5.** Sexo:    **1**  M                      **2**  F

**i6.** A sra. (sr) é o chefe do domicílio?    **1**  Sim    **0**  Não

**i7. Tipo de moradia:** (*OBSERVAR E ANOTAR, na dúvida perguntar para o entrevistado*)

**1**  Alvenaria acabada

**5**  Madeira

**2**  Alvenaria inacabada

**6**  Construção rudimentar

**3**  Taipa revestida

**7**  Outra (*especifique*)

**4**  Taipa não revestida

**i7E.** \_\_\_\_\_

**i8.** Quantos cômodos existem na casa? \_\_\_\_\_    **i9.** Quantos cômodos são usados para dormir? \_\_\_\_\_

**i10.** A água utilizada neste domicílio é proveniente de:

**1**  Rede pública

**2**  Cisterna na própria casa

**3**  Poço artesiano na própria casa

**4**  Busca água fora (*especifique*) **i10E.** \_\_\_\_\_

**i10D.** Distância aprox. da casa :

metros

**i11.** A água utilizada neste domicílio está disponível diariamente?

**1**  Sim

**0**  Não - Tempo que fica sem água: **i11D.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dias

**i12.** Qual o tipo de esgoto sanitário que há na casa?

**1**  Rede pública

**2**  Fossa séptica

**3**  Fossa negra ou rudimentar

**4**  Esgoto a céu aberto

**5**  Outro (*especifique*)    **i12E.** \_\_\_\_\_

**9**  Não sabe / não respondeu

**i13.** Qual o destino dado ao lixo do domicílio?

**1**  Coletado pela prefeitura ou empresa

**4**  Outro (*especifique*)

**2**  Queimado ou enterrado na propriedade

**i13E.** \_\_\_\_\_

**3**  Jogado em terreno baldio ou outro local próximo à casa

**9**  Não sabe / não respondeu

**i14.** Quantas pessoas moram neste domicílio? \_\_\_\_\_ pessoas



**MÓDULO 2: CARACTERÍSTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR / FOME**

Agora vou ler para o (a) senhor (a) algumas perguntas sobre alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que o (a) senhor (a) responda todas elas.

**S.** COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

**S0.** Na sua casa mora alguém com menos de 18 anos de idade?

- 1  *Sim*  
0  *Não*

*(O ENTREVISTADOR DEVE NOMEAR OS ÚLTIMOS 3 MESES PARA SITUAR MELHOR O ENTREVISTADO)*

**S1.** Nos últimos 3 meses a(o) senhora (sr) TEVE PREOCUPAÇÃO de que a comida na sua casa acabasse antes que a(o) senhora(sr) tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?

- 1  *Sim (siga 2)*  
0  *Não (passe ao 3)*  
9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 3)*

**S2.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
3  *Em alguns dias*  
5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
9  *Não sabe ou recusa responder (siga 3)*

**S3.** Nos últimos 3 meses a COMIDA ACABOU ANTES que a(o) senhora(sr) tivesse dinheiro para comprar ou produzir mais comida?

- 1  *Sim (siga 4)*  
0  *Não (passe ao 5)*  
9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 5)*

**S4.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
3  *Em alguns dias*  
5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
9  *Não sabe ou recusa responder (siga 5)*

**S5.** Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) ficou SEM DINHEIRO OU SEM PRODUÇÃO para ter uma ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA?

- 1  *Sim (siga 6)*  
0  *Não (passe ao 7 se tiver morador abaixo de 18 anos)*  
9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 7 se tiver morador abaixo de 18 anos)*

*Se não existem moradores menores de 18 anos no domicílio e o entrevistado respondeu NÃO ou NÃO SABE nas questões S1, S3 e S5, encerre este módulo, caso contrário siga o módulo.*

**S6** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
3  *Em alguns dias*  
5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
9  *Não sabe ou recusa responder (siga 7)*

**MENOR  
18  
ANOS**

**S7.** Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) **TEVE QUE SE ARRANJAR COM APENAS ALGUNS ALIMENTOS**, para alimentar algum morador com menos de 18 anos, porque o dinheiro ou a produção acabou?

- 1  *Sim (siga 8)*  
 0  *Não*  
 9  *Não sabe ou recusa responder*

**S8.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder*

*Se tem moradores menores de 18 anos no domicílio e o entrevistado respondeu NÃO ou NÃO SABE nas questões S1, S3, S5 e S7, encerre este módulo*

*Os quesitos S9 a S30 devem ser respondidos apenas por moradores que tenham respondido SIM em pelo menos um dos quesitos S1, S3, S5 e S7.*

**MENOR  
18  
ANOS**

**S9.** Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) **NÃO PODE OFERECER** a algum morador com menos de 18 anos de idade **UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA** porque não tinha dinheiro ou produção?

- 1  *Sim (siga 10)*  
 0  *Não (passe ao 11)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 11)*

**S10.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 11)*

**MENOR  
18  
ANOS**

**S11.** Nos últimos 3 meses algum morador de sua casa com menos de 18 anos de idade **NÃO COMEU QUANTIDADE SUFICIENTE** porque não havia produção ou dinheiro para oferecer mais comida?

- 1  *Sim (siga 12)*  
 0  *Não (passe ao 13)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 13)*

**S12.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 13)*

**S13.** Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) ou algum adulto em sua casa **DIMINUIU, ALGUMA VEZ, A QUANTIDADE DE ALIMENTOS** nas refeições ou **DEIXARAM DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO**, porque não havia produção ou dinheiro suficiente para a comida?

- 1  *Sim (siga 14)*  
 0  *Não (passe ao 15)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 15)*

**S14.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 15)*

**S15.** Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) alguma vez **COMEU MENOS DO QUE ACHOU QUE DEVEIA** porque não havia produção ou dinheiro suficiente para a comida?

- 1  *Sim (siga 16)*  
 0  *Não (passe ao 17)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 17)*

**S16.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 17)*

**S17.** Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) alguma vez **SENTIU FOME MAS NÃO COMEU** porque não podia produzir ou comprar comida suficiente?

- 1  *Sim (siga 18)*  
 0  *Não (passe ao 19)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 19)*

**S18.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 19)*

**S19.** Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) **PERDEU PESO** porque não tinha produção ou dinheiro suficiente para a comida?

- 1  *Sim (siga 20)*  
 0  *Não (passe ao 21)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 21)*

**S20.** A quantidade de peso que perdeu foi: *(de acordo com a opinião do entrevistado)*

- 1  *Muita*  
 3  *Média*  
 5  *Pouca*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 21)*

**S21.** Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) ou algum adulto em sua casa ficou, alguma vez, **UM DIA INTEIRO SEM COMER** ou, teve **APENAS UMA REFEIÇÃO AO DIA**, porque não tinha produção ou dinheiro para comprar a comida?

- 1  *Sim (siga 22)*  
 0  *Não (passe ao 23)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 23)*

**S22.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 23)*

*Os quesitos S23 a S30 (próxima página) só devem ser respondidos se houver moradores menores de 18 anos no domicílio.*

**S23.** Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) alguma vez **DIMINUIU A QUANTIDADE DE ALIMENTOS DAS REFEIÇÕES** de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia produção ou dinheiro suficiente para a comida?

MENOR  
18  
ANOS

- 1  *Sim (siga 24)*  
 0  *Não (passe ao 25)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 25)*

**S24.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 25)*

**S25.** Nos últimos 3 meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, teve que DEIXAR DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO porque não havia produção ou dinheiro para a comida?

- 1  *Sim (siga 26)*  
 0  *Não (passe ao 27)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 27)*

MENOR  
18  
ANOS

**S26.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 27)*

**S27.** Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade TEVE FOME mas a(o) senhora(sr) simplesmente não podia comprar mais comida?

- 1  *Sim (siga 28)*  
 0  *Não (passe ao 29)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (passe ao 29)*

MENOR  
18  
ANOS

**S28.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (siga 29)*

**S29.** Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, FICOU SEM COMER POR UM DIA INTEIRO porque não havia produção ou dinheiro para a comida?

- 1  *Sim (siga 30)*  
 0  *Não (encerre o questionário)*  
 9  *Não sabe ou recusa responder (encerre o questionário)*

MENOR  
18  
ANOS

**S30.** Com que frequência isto ocorreu?

- 1  *Em quase todos os dias*  
 3  *Em alguns dias*  
 5  *Em apenas 1 ou 2 dias*  
 9  *Não sabe ou recusa responder*

Observações:

---



---



---



---

**MÓDULO 3: VARIEDADE / QUANTIDADE ALIMENTOS E LOCAL DE COMPRA**

*A questão T1 só deve ser respondida se o entrevistado respondeu as questões S9 para frente, ou seja respondeu algum SIM nas questões S1, S3, S5 ou S7.*

**T1.** Vou dizer alguns motivos que algumas pessoas usam como explicação por não ter a variedade ou a quantidade de alimentos desejada. Após eu ler cada uma das explicações, gostaria que o Sr (a) me dissesse se cada uma destas razões também aconteceu para a sua família, fazendo com que não tivesse a variedade ou a quantidade de alimentos que vocês gostariam de haver comido nos últimos três meses.

	<b>Motivos</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SABE</b>
1	Faltou dinheiro para a comida	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2	Faltou variedade de sua preferência no mercado / feira / armazém / venda	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3	É muito difícil chegar até a feira, mercado, venda ou armazém	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4	Faltou tempo para fazer compras ou cozinhar	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5	Faltou produção de alimentos suficientes para o sustento	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6	Estou/estamos endividados, sem crédito	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7	Faltou água para cozinhar	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9	Problemas de saúde impediram que pudesse cozinhar ou comer	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10	Estou/estamos em dieta especial	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

*A questão T2 deve ser perguntada para todos os entrevistados!*

**T2.** Aonde normalmente a(o) Sr<sup>a</sup> (Sr) compra a maior parte dos alimentos?

	LOCAL DE COMPRA DOS ALIMENTOS			NÃO
		SIM	Nº de vezes por mês	
1	Supermercado	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
2	Mercadinho	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
3	Quitanda/ venda	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
4	Feira/mercado livre	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
5	Taberna/bar/bodega/boteco	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>
6	Outro (especifique) <b>T2E</b> _____	1 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>

**MÓDULO 4: CARACTERÍSTICAS DA ÁREA RURAL**

*Este módulo só deve ser preenchido para os domicílios da área rural*

**R1.** Nesta propriedade, existe alguma atividade de agricultura, silvicultura, extrativismo vegetal, pecuária, pesca, piscicultura ?

1  Sim

0  Não (*fim deste módulo*)

Qual(ais) o(s) produto(s) obtido(s) desta(s) atividade(s), em ordem de prioridade?

**R11** \_\_\_\_\_; **R12** \_\_\_\_\_; **R13** \_\_\_\_\_;

**R14** \_\_\_\_\_; **R15** \_\_\_\_\_; **R16** \_\_\_\_\_;

**R2.** Os últimos três meses foram:

1  Chuva

2  Seca

9  NS/ NR

**R3.** Com relação à sua principal produção, este período correspondeu a:

1  Safra

2  Entressafra

9  NS/ NR

**R4.** Ainda em relação aos últimos 3 meses, como o Sr(a) considera a produção?

1  Abundante

2  Normal

3  Escassa

9  NS/ NR

**R5.** Nesta propriedade existe alguma benfeitoria?

1  Sim, qual(is)? **R51** \_\_\_\_\_; **R52** \_\_\_\_\_;

0  Não

**R6.** Nesta propriedade existem animais que servem para a alimentação?

1  Sim (*preencher o quadro abaixo*)

0  Não

9  NS/ NR

**R7.** Número de animais existentes na propriedade que servem para a alimentação:

<i>Animal</i>	<i>Quantidade</i>
Vaca	R71
Frango/Galinha	R72
Cabra	R73
Porco	R74
Outros:	



**MÓDULO 5: MATERNO-INFANTIL****PERGUNTAS PARA MÃES COM FILHOS MENORES DE 1 ANO***Se houver mais de uma criança menor de 1 ano, perguntar a respeito da criança mais nova..*

COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DA MÃE: \_\_\_\_\_

COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DO BEBÊ MENOR DE 1 ANO: \_\_\_\_\_

C1. Data de nascimento do bebê: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

C2. Quantas gestações a senhora já teve? \_\_\_\_\_

C3. Quantos filhos estão vivos (*no momento da entrevista*)?  
\_\_\_\_\_

C4. A Sra. fez o Pré-Natal deste bebê?

1  Sim0  Não (*Passar ao C6*)

C5. Com quantos meses iniciou o Pré-Natal? \_\_\_\_\_

C6. Recebeu alguma orientação durante a gravidez sobre a amamentação?

1  Sim 0  Não (*Passar ao C8*) 9  Não sabe / NR (*Passar ao C8*)C7. Se sim, de quem? (*pode marcar mais de uma resposta*)1  Médico 2  Nutricionista 3  Enfermeiro 4  Familiares/Amigos 5  Outro

C8. Qual foi o tipo de parto quando nasceu este bebê?

1  Normal 2  Cesárea

C9. O bebê foi colocado junto da senhora na sala de parto, logo após o nascimento?

1  Sim0  Não9  Não sabe / NRC10. Agora a senhora deve falar se as coisas que eu for falando **AJUDAM** na amamentação, muito, mais ou menos, pouco ou nada:

	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	NS
Ter amamentado outro filho.					
Fazer o Pré-Natal.					
Boa alimentação da mãe.					
Quando o pai da criança apóia.					
Ter mais tempo pra cuidar do bebê.					
Começar a amamentar na sala de parto.					
Receber orientação individual sobre amamentação no serviço de saúde.					
Propaganda sobre aleitamento.					
Ter apoio de outra mãe que amamenta.					
Parto normal.					
Ter frequentado a escola.					

C11. O seu bebê mama no peito atualmente?

1  Sim (*passar para C16*)0  Não (*passar para C14*)

C12. Até que idade seu bebê mamou no peito?

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ dias

0  Nunca mamou (*passar para C16*)

C13. Acha que seu bebê mamou por:

1  muito tempo2  tempo necessário3  tempo que foi possível4  pouco tempo

**C14.** A senhora dá algum destes alimentos ao seu filho?

Água	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Chá	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Suco	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Fruta	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Leite (pó ou fluido)	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Papinha	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Vitamina de fruta (com leite)	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Alimentos da família	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias
Outro _____	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	desde ____ meses ____ dias

**C15.** Agora a senhora deve falar se as coisas que eu for falando **PREJUDICAM** na amamentação, muito, mais ou menos, pouco ou nada:

	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	NS
Trabalhar fora de casa.					
Ter crianças pequenas.					
Ouvir ou ver propaganda de leites infantis.					
Não fazer Pré-Natal.					
Frequentar pouco a escola.					
Ter parto cesariano.					
Mamas empedradas.					
Inflamação das mamas.					
Receber mamadeiras de presente.					
Bebê doente.					
Mãe doente.					
Falta de apoio do pai do bebê.					
Falta de apoio familiar.					

**C16** A senhora poderia me dizer tudo que a criança **menor de 1 ano** comeu ontem?

Alimento	Manhã	Almoço	Tarde	Jantar	Noite	Madrugada
Leite materno						
Leite da vaca						
Leite de saco (fluido)						
Leite em pó						
Formula Infantil						
Fruta						
Mingau ou papa						
Sopa de legumes						
Sopa de carne						
Comida sem carne e sem feijão						
Comida com carne						
Comida com feijão						
Pão / bolacha						
Água						
Chá						
Outros líquidos						

**C17.** A criança foi internada alguma vez?

0  Não ( *siga para C21*)    1  Sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**C18.** Qual o motivo e duração da internação ou quais os motivos mais frequentes das diversas internações?

Motivo	Duração	Idade
01.		
02.		
03.		
04.		
05.		
06.		

**C19.** Alguma vez o médico disse que a criança tinha anemia?

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**C20.** O seu filho já tomou algum suplemento de vitamina A?

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**C21.** Nas duas últimas semanas a criança teve diarreia?

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**C22.** Nas duas últimas semanas a criança, teve algum outro problema de saúde?

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**C23.** Algum médico já disse que seu filho tem algum problema de saúde?

1  Sim, Qual? \_\_\_\_\_ 0  Não                      9  NS/NR

**C24.** Seu filho tem o Cartão da Criança? 1  Sim      0  Não *(siga para questão C36)* 9  NS/NR

**As perguntas C25 até C35 deverão ser respondidas com o auxílio do Cartão da Criança**

**C25.** Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ gramas

**C26.** Comprimento ao nascer: \_\_\_\_\_ centímetros

**C27.** A vacinação está em dia? *(Verificar no cartão)*

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**C28.** O peso da criança é registrado na curva de crescimento? *(Verificar no cartão)*

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**C29.** Quem realiza a pesagem da criança:

1  ACS    2  Funcionário da UBS    3  Outro: \_\_\_\_\_ 9  NS/NR

**C30.** Onde é frequentemente realizada a pesagem?

1  Domicílio    2  UBS    3  Outro: \_\_\_\_\_.

**C31.** O peso está sendo registrado mensalmente? *(Verificar no cartão)*

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**C32.** Quantos registros de pesagem têm no cartão da criança? *(Verificar no cartão)*

\_\_\_\_\_

**C33.** Mãe, você sabe se o peso da criança está normal?

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**ANTROPOMETRIA** *(Verificar no cartão)*

**C34.** Data da última avaliação

--

**C35.** Peso (em gramas) da última avaliação

--

**PERGUNTAS PARA MÃES OU RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS ENTRE 1 E 2 ANOS**

COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DA MÃE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA ENTRE 1 E 2 ANOS: \_\_\_\_\_

**C36.** Data de nascimento da criança: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**C37.** A criança foi internada alguma vez?

**0**  Não ( *siga para C39*)      **1**  Sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**C38.** Qual o motivo e duração da internação ou quais os motivos mais frequentes das diversas internações?

Motivo	Duração	Idade
01.		
02.		
03.		
04.		
05.		
06.		

**C39.** Alguma vez o médico disse que a criança tinha anemia?

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C40.** O seu filho já tomou algum suplemento de vitamina A?

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C41.** Nas duas últimas semanas a criança teve diarreia?

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C42.** Nas duas últimas semanas a criança, teve algum outro problema de saúde?

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C43.** Algum médico já disse que seu filho tem algum problema de saúde?

**1**  Sim, Qual? \_\_\_\_\_      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C44.** Seu filho tem o Cartão da Criança?

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**As perguntas C45 até C53 deverão ser respondidas com o auxílio do Cartão da Criança**

**C45.** A vacinação esta em dia? (*Verificar no cartão*)

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C46.** O peso da criança é registrado na curva de crescimento? (*Verificar no cartão*)

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C47.** Quem realiza a pesagem da criança:

**1**  ACS    **2**  Funcionário da UBS    **3**  Outro: \_\_\_\_\_    **9**  NS/NR

**C48.** Onde é frequentemente realizada a pesagem?

**1**  Domicilio    **2**  UBS    **3**  Outro: \_\_\_\_\_.

**C49.** O peso está sendo registrado mensalmente? (*Verificar no cartão*)

**1**  Sim      **0**  Não      **9**  NS/NR

**C50.** Quantos registros de pesagem têm no cartão da criança? (Verificar no cartão)

\_\_\_\_\_

**C51.** Mãe, você sabe se o peso da criança está normal?

1  Sim                      0  Não                      9  NS/NR

**ANTROPOMETRIA** (Verificar no cartão)

**C52.** Data da última avaliação

--

**C53.** Peso (em gramas) da última avaliação

--

**C54.** A senhora poderia me dizer tudo que a criança entre 1 e 2 anos comeu ontem?

Tipo de comida	Manhã	Almoço	Tarde	Jantar	Noite	Madrugada
Leite materno						
Leite da vaca						
Leite de saco (fluido)						
Leite em pó						
Formula Infantil						
Fruta						
Mingau ou papa						
Sopa de legumes						
Sopa de carne						
Comida sem carne e sem feijão						
Comida com carne						
Comida com feijão						
Pão / bolacha						
Água						
Chá						
Outros líquidos						

## MÓDULO 6 - CONSUMO ALIMENTAR

**A0.** COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO \_\_\_\_\_

**A1.** Qual o peso atual do sr(a)? \_\_\_\_\_  
sr(a)? \_\_\_\_\_

**A2.** Qual é a altura do

**A3.** Questionário de consumo de alimentos

ALIMENTO	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	PERÍODO	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Leite integral (puro/com café)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	Xic. de chá – Ex.:xic. duralex (150ml)	P M G O O O
Leite desnatado (puro/com café)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	Xic. de chá – Ex.:xic. duralex (150ml)	P M G O O O
Queijo prato, mussarela, manteiga	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia (20g)	P M G O O O
Pão francês, pão de forma	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G O O O
Pão doce	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G O O O
Biscoito, bolacha salgada ou doce, torradas	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 unidades (21g)	P M G O O O

Farofa, farinha de milho, mandioca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 colher Sopa (25g)	P M G O O O
Embutidos (lingüiça, salsicha)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (60g)	P M G O O O
Presunto, apresentado, mortadela, outros frios	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 ½ fatia (22g)	P M G O O O
Ovos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G O O O
Açúcar em sucos, café, café com leite	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher sopa cheia (29g)	P M G O O O
Doce de abóbora, batata doce, cajú, goiabada, marmelada,	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher sopa (30)	P M G O O O
Margarina comum passado no pão, biscoito, bolacha, bolo	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 ponta de faca/ 1 c. chá rasa (2,5g)	P M G O O O
Manteiga passada no pão, biscoito, bolacha, bolo	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 pontas de faca / 2 c. chá rasa (5g)	P M G O O O
Aveia ou Farinha Láctea	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 colheres sopa (26g)	P M G O O O
Quantas vezes o sr(a) costuma comer frutas, sem incluir suco de frutas?		N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	
Quantas vezes o sr(a) costuma comer vegetais (verduras, legumes) sem incluir batatas?		N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	

**A4.** O(a) sr(a) costuma acrescentar:

**A41.** Sal na comida depois de pronta? 0  nunca/raramente 1  algumas vezes 2  sempre

**A42.** Queijo ralado? 0  nunca/raramente 1  algumas vezes 2  sempre

**A5.** Quando o sr(a) come carne de boi/vaca ou de porco, você costuma comer a gordura ou graxa visível?

0  nunca/raramente 1  algumas vezes 2  sempre

**A6.** Que tipo de óleo ou gordura se costuma usar no preparo (cozimento) das refeições da família?

(pode marcar mais de uma alternativa)

1  óleos vegetais (soja, milho, outros) 2  margarina e/ou manteiga 3  azeite de oliva

4  banha 5  bacon 0  não usa 9  não sabe

**A7.** Que tipo de óleo ou gordura o sr(a) costuma adicionar em saladas, legumes e outros vegetais?

(pode marcar mais de uma alternativa)

1  óleos vegetais (soja, milho, outros) 2  margarina e/ou manteiga 3  azeite de oliva

4  maionese ou molho pronto 5  bacon 0  não usa 88  não sabe

**A8.** Quando o sr(a) come carne de frango (peito, coxa, asa, pé), o sr(a) costuma comer com pele?

0  nunca/raramente 1  algumas vezes 2  sempre

**A9.** Com que frequência o sr(a) costuma comer carnes fritas/assadas ou grelhadas?

0  nunca/raramente 1  algumas vezes 2  sempre

**A10.** Tem algum diabético no domicílio? 1  Sim, Quantos? \_\_\_\_\_ 0  Não

**A11.** Tem algum hipertenso no domicílio? 1  Sim, Quantos? \_\_\_\_\_ 0  Não

**AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO DESTINADAS PARA UM MORADOR DO DOMICÍLIO QUE SEJA HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO, DE PREFERÊNCIA O PRÓPRIO ENTREVISTADO.**

**Se não houver alguém no domicílio hipertenso ou diabético, passe para o módulo 9**

**MÓDULO 7 - ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**F1. COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS \_\_\_\_\_**

**F2. O senhor(a) é portador(a) de:**

- 1  Diabetes Mellitus  
 2  Hipertensão Arterial  
 3  Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

**F3. (Para hipertensos) Há quantos anos aproximadamente o sr(a) é hipertenso(a)? \_\_\_\_\_ anos**

**F4. (Para diabéticos) Há quanto anos aproximadamente o sr(a) é diabético(a)? \_\_\_\_\_ anos**

**F5. O senhor(a) faz uso de medicamentos para o controle da hipertensão arterial e/ou diabetes?**

- 1  Sim                      0  Não (passe para questão F11)

**F6. O Sr(a) recebe medicamento(s) da UNIDADE DE SAÚDE para controle da hipertensão arterial e/ou diabetes?**

- 1  Sim    0  Não, por quê? \_\_\_\_\_ (passe para F10)

**F7. Qual o(s) medicamento(s) que o senhor(a) recebe da unidade de saúde e quantas vezes por dia o senhor(a) utiliza esse(s) medicamento(s)?**

<b>Diabetes</b>	<b>x dia</b>	<b>Hipertensão Arterial</b>	<b>x dia</b>
( 1 ) Glibenclamida comprimido 5mg		( 5 ) Captopril comprimido 25mg	
( 2 ) Insulina NPH-100		( 6 ) Hidroclorotiazida comprimido 25mg	
( 3 ) Metformina comprimido 500 mg (cloridrato)		( 7 ) Propranolol comprimido 40mg	
( 4 ) Outros:		( 8 ) Outros:	

**F8. Esse(s) medicamento(s) acaba(m) antes do fim do mês?**

- 1  Sim                      0  Não (passe para questão F10)

**F9. O que o senhor(a) faz quando o(s) medicamento(s) acaba(m) antes do fim do mês? (pode marcar mais de uma alternativa)**

- 1  Procura a Unidade de Saúde em busca de mais medicamentos.  
 2  Compra o(s) medicamento(s) em uma farmácia.  
 3  Utiliza métodos alternativos para o tratamento.  
 4  Fica sem utilizar medicação alguma.  
 5  Outros: \_\_\_\_\_

**F10. Que profissional de saúde orientou o senhor(a) sobre o uso desse(s) medicamento(s)? (pode marcar mais de uma alternativa)**

- 1  Médico    5  Farmacêutico  
 2  Enfermeiro                                      6  Nenhum  
 3  Auxiliar de Enfermagem                      7  Outro \_\_\_\_\_  
 4  Agente Comunitário de Saúde

**F11.** Há quanto tempo o senhor(a) procurou um profissional de saúde para as ações de controle?

**F11.1** Hipertensão: \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ meses

**F11.2** Diabetes: \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ meses

**F12.** O(a) senhor(a) realiza exercícios físicos regularmente?

1  Sim, por conta própria

0  Não

2  Sim, com orientação do profissional de saúde

**F13.** O(a) senhor(a) utiliza outros métodos alternativos no seu tratamento?

1  Sim

0  Não (*Ir para o MÓDULO 8*)

**F14.** Qual(is) o(s) método(s) alternativo(s) utilizado pelo(a) senhor(a)?

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

**F15.** O senhor(a) tem orientação de profissional de saúde para realizar esse(s) método(s) no tratamento?

1  Sim, de quem \_\_\_\_\_

0  Não

## **MÓDULO 8 – FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

**OBS.: Perguntar apenas ao hipertenso e/ou diabético**

Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou?	SIM	NÃO
<b>D1.1</b> Fumo ( <i>cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda, outros</i> ).	1	0
<b>D1.2</b> Bebidas alcoólicas ( <i>cerveja, vinho, destilados como cachaça e pinga, uísque, vodka, outros</i> ).	1	0

(se respondeu **NÃO** na D1.1 e também na D1.2, PASSE PARA A D8 – consumo alimentar)

Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou:	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamente ou quase todo dia
<b>D2.1</b> -Fumo	0	1	2	3	4
<b>D2.2</b> -Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamente ou quase todo dia
<b>D3.1</b> -Fumo	0	1	2	3	4
<b>D3.2</b> -Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamente ou quase todo dia
<b>D4.1</b> -Fumo	0	1	2	3	4
<b>D4.2</b> -Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamente ou quase todo dia
<b>D5.1</b> -Fumo	0	1	2	3	4



<b>D5.2-Bebidas alcoólicas</b>	0	1	2	3	4
--------------------------------	---	---	---	---	---

<b>Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o seu uso de?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, mas não nos últimos 3 meses</b>	<b>SIM, nos últimos 3 meses</b>
<b>D6.1-Fumo</b>	0	1	2
<b>D6.2-Bebidas alcoólicas</b>	0	1	2
<b>Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, mas não nos últimos 3 meses</b>	<b>SIM, nos últimos 3 meses</b>
<b>D7.1-Fumo</b>	0	1	2
<b>D7.2-Bebidas alcoólicas</b>	0	1	2

**SE O ENTREVISTADO É O MESMO QUE RESPONDEU O MÓDULO 6 DE CONSUMO ALIMENTAR, PASSAR PARA D17.**

**D8.** Qual o peso atual do sr(a)? \_\_\_\_\_  
sr(a)? \_\_\_\_\_

**D9.** Qual é a altura do

**D10. Questionário de consumo de alimentos**

ALIMENTO	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Leite integral (puro/com café)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	Xic. de chá – Ex.:xic. duralex (150ml)	P M G O O O
Leite desnatado (puco/com café)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	Xic. de chá – Ex.:xic. duralex (150ml)	P M G O O O
Queijo prato, mussarela, manteiga	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia (20g)	P M G O O O
Pão francês, pão de forma	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G O O O
Pão doce	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G O O O
Biscoito, bolacha salgada ou doce, torradas	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 unidades (21g)	P M G O O O
Farofa, farinha de milho, mandioca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 colher Sopa (25g)	P M G O O O
Embutidos (lingüiça, salsicha)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (60g)	P M G O O O
Presunto,apresentado, mortadela, outros frios	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 ½ fatia (22g)	P M G O O O
Ovos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G O O O
Açúcar em sucos, café, café com leite.	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher sopa cheia (29g)	P M G O O O
Doce de abóbora, batata doce, cajú, goiabada, marmelada,	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher sopa (30)	P M G O O O
Margarina comum passado no pão, biscoito, bolacha, bolo	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 ponta de faca/ 1 c. chá rasa (2,5g)	P M G O O O
ALIMENTO	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Manteiga passada no pão, biscoito, bolacha, bolo	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 pontas de faca / 2 c. chá rasa (5g)	P M G O O O
Aveia ou Farinha Láctea	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 colheres sopa (26g)	P M G O O O

Quantas porções de frutas o sr(a) costuma comer, sem incluir suco de frutas?	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantas porções de vegetais (verduras, legumes) o sr(a) costuma comer, sem incluir batatas?	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**D11.** O(a) sr(a) costuma acrescentar:

**D11.1.** Sal na comida depois de pronta? **0**  nunca/raramente **1**  algumas vezes **2**  sempre

**D11.2.** Queijo ralado? **0**  nunca/raramente **1**  algumas vezes **2**  sempre

**D12.** Quando o sr(a) come carne de boi/vaca ou de porco, você costuma comer a gordura ou graxa visível?

**0**  nunca/raramente **1**  algumas vezes **2**  sempre

**D13.** Que tipo de óleo ou gordura se costuma usar no preparo (cozimento) das refeições da família? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

**1**  óleos vegetais (soja, milho, outros) **2**  margarina e/ou manteiga **3**  azeite de oliva

**4**  banha **5**  bacon **0**  não usa **88**  não sabe

**D14.** Que tipo de óleo ou gordura o sr(a) costuma adicionar em saladas, legumes e outros vegetais? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

**1**  óleos vegetais (soja, milho, outros) **2**  margarina e/ou manteiga **3**  azeite de oliva

**4**  maionese ou molho pronto **5**  bacon **0**  não usa **88**  não sabe

**D15.** Quando o sr(a) come carne de frango (peito, coxa, asa, pé), o sr(a) costuma comer com pele?

**0**  nunca/raramente **1**  algumas vezes **2**  sempre

**D16.** Com que frequência o sr(a) costuma comer carnes fritas/assadas ou grelhadas?

**0**  nunca/raramente **1**  algumas vezes **2**  sempre

**D17.** O(a) senhor(a) faz alguma dieta específica para o tratamento da hipertensão e/ou diabetes?

**1**  Sim, por conta própria **0**  Não

**2**  Sim, com orientação de profissional de saúde *(passe para D19)*

**D18.** O(a) Sr(a) já teve alguma orientação de algum profissional de saúde sobre alimentação?

**1.**  Sim **0.**  Não *(passe para módulo 9)*

**D19.** Quem foi que fez a orientação sobre alimentação? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

**1.**  Enfermeiro **2.**  Nutricionista **3.**  Agente comunitário

**4.**  Médico **5.**

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**D20.** O(a) Sr(a) consegue seguir a orientação dada pelo profissional de saúde?

**1.**  Sim

**0.**  Não. Quais os motivos:

---



---



---

**MÓDULO 9 - RECURSOS**

**X1.** Os moradores deste domicílio recebem ajuda em gêneros alimentícios do governo, de alguma instituição ou de alguma outra pessoa?

- 1  Sim  
 0  Não  
 9  NR / Não sabe } (passe ao X3 )

**X2.** Tipo de ajuda, frequência e identificação do doador:

	TIPO	FREQÜÊNCIA	DOADOR
		1- diário 2- semanal 3- quinzenal 4- mensal 5- bimestral 6- trimestral 7- semestral 8- eventualmente	1- governo 2- familiares 3- amigos 4- igreja 5- empregador de algum morador 6- Outro (anotar o nome)
1	Cesta básica		
2	Merenda escolar		
3	Leite em pó		
4	Leite de caixa ou saco		
5	Alimentos em geral		
6	Outros		

**X3.** Nestes últimos 3 meses algum morador deste domicílio recebeu ajuda em dinheiro?

- 1  Sim  
 0  Não  
 9  NR / Não sabe } (passe ao X5 )

**X4.** Qual o tipo, valor da doação normalmente recebida, doador e identificação da utilização do dinheiro?

	TIPO	VALOR NORMALMENTE RECEBIDO	DOADOR	FREQÜÊNCIA	UTILIZAÇÃO
			1- Governo 2- Familiares 3- Amigos 4- Igreja 5- Empregador de algum morador 6- Outro (especifique)	1. semanal 2. quinzenal 3. mensal 4. bimestral 5. trimestral 6. semestral 7. eventualmente	1- alimentos 2- pagamento de contas atrasadas 3- vestuário 4- médico/remédio 5- compra de sementes/adubos /ração/ferramentas/etc, para produção 6- Outro (especifique)
1	Bolsa alimentação				
2	Bolsa escola				
3	Bolsa Família				

5	Vale gás				
6	Outro				

**X5.** Agora vou fazer algumas perguntas sobre os moradores deste domicílio, começando novamente pelo chefe da família.

*Volte ao quadro de identificação dos moradores do domicílio na página 3 e preencha a coluna RENDA localizada no canto direito. Cuide para que todos os moradores sejam contemplados.*

**Agradeça e encerre a entrevista.** OBS.(anotar qualquer observação que julgar pertinente)

**APENDICE C** - Tabela: Frequência e *missing* das variáveis sobre crianças menores de um ano e sua mãe ou responsáveis, Paraíba, 2005.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Missing</b>	<b>%</b>	<b>Total investigado</b>
<b>Outras variáveis</b>					
Idade da criança	299	99,34	2	0,66	301
Duração do aleitamento materno exclusivo e total	300	99,67	1	0,33	301
Sexo da criança	301	100,00	0	0,00	301
Segurança Alimentar	301	100,00	0	0,00	301
Zona de moradia	301	100,00	0	0,00	301
<b>Características socioeconômicas maternas ou dos responsáveis pela criança menor de um ano</b>					
Sabe ler ou escrever	300	99,67	1	0,33	301
Escolaridade	294	97,67	7	2,33	301
Ocupação/atividade	294	97,67	7	2,33	301
Moradores/cômodos para dormir	297	98,67	4	1,33	301
Tipo de moradia	300	100,00	1	0,33	301
Acesso à rede pública de água	301	100,00	0	0,00	301
Acesso à rede pública de esgoto	301	100,00	0	0,00	301
Lixo coletado por serviço público	300	99,67	1	0,33	301
Renda <i>per capita</i>	242	80,40	59	19,60	301
Recebe ajuda em alimentos	301	100,00	0	0,00	301
Recebe ajuda em dinheiro	301	100,00	0	0,00	301
<b>Características de saúde e assistência materna</b>					
Número de gestações	301	100,00	0	0,00	301
Número de filhos vivos	298	99,00	3	1,00	301
Mês gestacional de início da assistência pré-natal	293	97,34	8	2,66	301
Recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal	298	99,00	3	1,00	301
Tipo de parto	300	99,67	1	0,33	301
Bebê foi colocado junto à mãe na sala de parto após o nascimento	297	98,67	4	1,33	301
<b>Características relacionadas à amamentação e consumo de outros alimentos</b>					
<b>Ações que, segundo a mãe, ajudam na amamentação</b>					
Ter amamentado outro filho	250	83,00	51	17,00	301
Fazer o pré-natal	274	91,02	27	8,98	301

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Missing</b>	<b>%</b>	<b>Total investigado</b>
Boa alimentação da mãe	275	91,36	26	8,64	301
Quando o pai da criança apoia	272	90,37	29	9,63	301
Ter mais tempo para cuidar do bebê	265	88,04	36	11,96	301
Começar a amamentar na sala de parto	265	88,04	36	11,96	301
Receber orientação sobre amamentação no serviço de saúde	277	92,02	24	7,98	301
Propaganda sobre aleitamento	281	93,35	20	6,65	301
Ter apoio de outra mãe que amamenta	281	93,35	20	6,65	301
Parto normal	266	88,37	35	11,63	301
Ter frequentado a escola	279	92,69	22	7,31	301
<b>Ações que, segundo as mães, prejudicam a amamentação</b>					
Trabalhar fora	270	89,70	31	10,30	301
Ter crianças pequenas	270	89,70	31	10,30	301
Ouvir ou ver propagandas de leites infantis	278	92,40	23	7,60	301
Não fazer pré-natal	267	88,70	34	11,30	301
Frequentar pouco a escola	273	90,70	28	9,30	301
Ter parto cesariano	262	87,00	39	13,00	301
Mamas empedradas	267	88,70	34	11,30	301
Inflamação das mamas	267	88,70	34	11,30	301
Receber mamadeiras de presente	282	93,70	19	6,30	301
Bebê doente	267	88,70	34	11,30	301
Mãe doente	269	89,40	32	10,60	301
Falta de apoio do pai do bebê	275	91,40	26	8,60	301
Falta de apoio familiar	269	89,40	32	10,60	301
<b>Alimentos ofertados à criança menor de um ano pela mãe</b>					
Água	290	96,30	11	3,70	301
Leite (pó e fluido)	285	94,70	16	5,30	301
Chá	287	95,35	14	4,65	301
Suco	285	94,70	16	5,30	301
Fruta	285	94,70	16	5,30	301
Alimentos da família	284	94,40	17	5,60	301
Papinha	285	94,70	16	5,30	301
Vitamina de fruta (com leite)	282	93,70	19	6,30	301
Outros líquidos	207	68,77	94	31,23	301

## ANEXOS

## ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo.

The screenshot shows the submission confirmation page for the Journal de Pediatria. The page header includes the journal logo (CSBP) and the title "Jornal de Pediatria". Navigation links include "Edit Account", "Instructions & Forms", "Log Out", and "Get Help Now". The user is logged in as "Gracielle Santos". The main content area displays "Submission Confirmation" and a thank-you message. A box contains the following details: Manuscript ID: JPED-2012-0433; Title: Duração do aleitamento materno exclusivo relacionado com a situação de insegurança alimentar e nutricional; Authors: Santos, Gracielle; Cavalcanti, Alessandro; Vianna, Rodrigo; Date Submitted: 20-Sep-2012. At the bottom, there are links for "Print" and "Return to Dashboard". The footer contains copyright information for ScholarOne Manuscripts and a link to follow on Twitter.

CSBP  
Jornal de  
Pediatria

Edit Account | Instructions & Forms | Log Out | [Get Help Now](#)

SCHOLARONE™  
Manuscripts

Main Menu → [Author Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in as Gracielle Santos

### Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Jornal de Pediatria*.

Manuscript ID: JPED-2012-0433

Title: Duração do aleitamento materno exclusivo relacionado com a situação de insegurança alimentar e nutricional

Authors: Santos, Gracielle  
Cavalcanti, Alessandro  
Vianna, Rodrigo

Date Submitted: 20-Sep-2012

[Print](#) [Return to Dashboard](#)

ScholarOne Manuscripts™ v4.9.0 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2012. All Rights Reserved.  
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.

[Follow ScholarOne on Twitter](#)

[Terms and Conditions of Use](#) · [ScholarOne Privacy Policy](#) · [Get Help Now](#)