



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**CONHECIMENTO MATERNO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
EM SÃO LUÍS DO MARANHÃO**

**PAULA PIZZATTO**

**2018**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**CONHECIMENTO MATERNO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
EM SÃO LUÍS DO MARANHÃO**

**PAULA PIZZATTO**

**Mestranda**

**JURACI A. CESAR**

**Orientador**

**CAROLINE C. DALLABONA**

**Coorientadora**

**RIO GRANDE, RS, JULHO DE 2018**

**PAULA PIZZATTO**

**CONHECIMENTO MATERNO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
EM SÃO LUÍS DO MARANHÃO**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito  
parcial para obtenção do título de mestre junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio Grande.**

**Orientador: Prof. Dr. Juraci A. Cesar**

**RIO GRANDE, RS, JULHO DE 2018**

**PAULA PIZZATTO**

**CONHECIMENTO MATERNO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
EM SÃO LUÍS DO MARANHÃO**

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Juraci A. Cesar  
Orientador

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Angélica Ozório Linhares  
Examinadora externa - Universidade Federal de Pelotas

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Lúlie R. O. Susin  
Examinadora interna

Prof. Dr. Raul A. Mendoza-Sassi  
Examinador Suplente

**RIO GRANDE, RS, JULHO DE 2018**

## LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
POF	Pesquisa de orçamento familiar
PNDS	Pesquisa nacional de demografia e saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
CM	Conhecimento materno
LM	Leite materno
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AC	Alimentação complementar
APL	Alimentação pré-láctea
PC	Pastoral da Criança
LPC	Líder da Pastoral da Criança
IMC/idade	Índice de massa corporal por idade
RP	Razão de prevalência
UBS	Unidade básica de saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
PN	Pre-natal
SS	Serviço de saúde
DD	Diversidade dietética
IC	Intervalo de confiança
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
FURG	Universidade Federal do Rio Grande

## Conhecimento materno sobre alimentação infantil em São Luís do Maranhão

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o conhecimento sobre aleitamento materno e introdução de alimentação complementar entre mães de menores de um ano em São Luís, MA, Brasil.

**População alvo:** mães ou responsáveis pela guarda de crianças menores de um ano residentes nas áreas selecionadas para o estudo no segundo semestre de 2017.

**Delineamento:** Estudo transversal conduzido em São Luís, MA, com aplicação de questionário único, padronizado por entrevistadoras previamente treinadas à todas as mães de menores de um ano. Este questionário buscava informações sobre características socioeconômicas da família, condições demográficas e vida reprodutiva destas mulheres, além da assistência recebida durante a gestação e o parto. Foram incluídas ainda diversas questões sobre conhecimento em alimentação infantil.

**Desfecho:** Conhecimento materno sobre alimentação infantil.

**Processo amostral:** As entrevistas aconteceram em setores censitários contidos nas 20 comunidades de São Luís (de um total de 53) as quais foram previamente selecionadas por conveniência de acordo com a visitação dos líderes da Pastoral da Criança. Nestas áreas foram abordados todos os domicílios que continham bebês menores de um ano.

**Análise:** Consistiu da montagem de escores do conhecimento, listagem de frequências e da obtenção de medidas de tendência central e de dispersão.

**Resultados:** dentre as 758 mães entrevistadas, 41,5% apresentaram conhecimento satisfatório. A média do escore específico da introdução alimentar foi 10,0% mais baixa do que a do aleitamento materno. Os benefícios da amamentação para os bebês são mais conhecidos do que as vantagens que esta confere às mães. Os piores desempenhos observados estiveram relacionados ao preparo de papas (14,5%), limite de idade para evitar a oferta de alimentos ultraprocessados (31,9%) e tempo ideal da amamentação (44,9%).

**Conclusões:** é elevada a proporção de mães que desconhece ensinamentos básicos sobre alimentação infantil. Isto pode reduzir o tempo de aleitamento exclusivo, aumentar as taxas de introdução inadequada de alimentos e bebidas e do desmame precoce.

**Descritores:** conhecimento, mães, aleitamento materno, nutrição da criança.

## Maternal knowledge on infant nutrition in city of São Luís, Maranhão, Brazil

### Abstract

**Objective:** To describe infant feeding knowledge regarding breastfeeding and introduction of complementary food among mothers of children under one year of age in São Luís, State of Maranhão, Brazil.

**Target population:** mothers or guardians of children under one year of age residing in the areas selected for the study in the second semester of 2017.

**Design:** This is a cross-sectional study carried out in communities of São Luís, MA, with application of a single, standardized questionnaire by previously trained interviewers, which was applied to all mothers of children under one year, searched for socioeconomic characteristics of the family, demographic conditions and reproductive life of these women and assistance received during pregnancy and childbirth. In addition, several questions about knowledge in infant feeding were included.

**Outcome:** Insufficient maternal knowledge on infant feeding.

**Sampling:** The interviews were carried out in census tracts contained in the 20 communities of São Luís (out of 53) which were previously selected for convenience according to the visitation of the Pastoral da Criança volunteers. In these areas were addressed all households that contained infants under one year.

**Analysis:** The analysis was performed through the creation of knowledge scores, frequency listing, central tendency and dispersion measurements.

**Results:** Among the 758 participating mothers, 41,5% presented satisfactory knowledge. The mean of the specific score on introduction of complementary feeding was 10,0% lower than that of breastfeeding. The benefits of breastfeeding for babies are better known than the advantages it confers on mothers. The worst performances were related to the food preparation (14.5%), age limit to avoid provision of ultra-processed foods to children (31.9%) and ideal breastfeeding time (44.9%).

**Conclusion:** the proportion of mothers who are not knowledgeable on basic teachings of infant feeding is high. This can lead to reduced exclusive breastfeeding time, increased rates of improper introduction of food and drink and early weaning.

**Keywords :** knowledge, mothers, breastfeeding, infant feeding.

## CONTEÚDO DO VOLUME

<b>1. Projeto</b>	<b>11</b>
<b>2. Relatório do trabalho de campo</b>	<b>35</b>
<b>3. Adaptações em relação ao projeto inicial</b>	<b>41</b>
<b>4. Normas da revista a qual o artigo será submetido</b>	<b>43</b>
<b>5. Artigo</b>	<b>48</b>
<b>6. Nota à imprensa</b>	<b>74</b>
<b>7. Apêndices</b>	<b>76</b>



## SUMÁRIO

1.	Introdução	11
1.1	Aleitamento materno	11
1.2	Introdução precoce de alimentos	13
1.3	Introdução da alimentação complementar – recomendações	14
1.4	Pastoral da Criança	14
1.5	Revisão bibliográfica e processo de busca de artigos	15
1.6	Prevalência do conhecimento materno em aleitamento materno e fatores associados	17
1.7	Prevalência e fatores associados ao conhecimento materno sobre a alimentação complementar	19
2	Justificativa	20
3	Objetivos	20
3.1	Objetivo geral	20
3.2	Objetivos específicos	20
4	Hipóteses	21
5	Metodologia	21
5.1	Local do estudo	21
5.2	Delineamento	22
5.3	População alvo	22
5.4	Amostragem	22
5.5	Informações coletadas e definição das variáveis	22
5.6	Seleção, treinamento dos entrevistadores e estudo piloto	24
5.7	Logística	25
5.8	Definição do desfecho	25
5.9	Processamento e análise dos dados	26
5.10	Controle de qualidade	26
5.11	Aspectos éticos e confidencialidade das informações	26
6.	Divulgação dos resultados	27
7.	Financiamento	27
8.	Cronograma	29
9.	Referências bibliográficas	29

10.	Relatório do trabalho de campo	35
11.	Adaptações em relação ao projeto inicial	41
12.	Normas da Revista	43
13.	Artigo	48
14.	Nota à imprensa	74
15.	Apêndices	76
15.1	Apêndice 1: Questionário utilizado na coleta de dados	77
15.2	Apêndice 2: Quadro de resumo da revisão de literatura	100

## **1. Introdução**

A fase do aleitamento materno e introdução da alimentação complementar está contida no período chamado de “janela de oportunidade” a qual faz parte dos primeiros mil dias de vida, compreendidos pelos 270 dias de gestação somados aos 730 dias dos dois primeiros anos de vida (Sisay et al, 2015).

A nutrição inadequada da gestante, do recém nascido e de crianças é uma importante causa de doenças, tanto infecciosas, quanto crônicas, embora ainda assim, é um assunto bastante negligenciado (Horton, 2008). Dados do relatório intitulado “A partir da primeira hora de vida” mostram que cinco em cada seis crianças não recebem nutrição adequada nos primeiros dois anos de vida (Unicef, 2016). A subnutrição é causa evitável de mais de 3,5 milhões de mortes de crianças ao redor do mundo, a qual compromete o crescimento intrauterino acarretando consequências físicas e cognitivas muitas vezes permanentes, fato que prejudica não somente o indivíduo, mas, também, as futuras gerações (Horton, 2008).

Uma criança mal nutrida terá menor aproveitamento e assiduidade na escola, o que futuramente lhe trará dificuldades em encontrar uma posição no mercado de trabalho, poderá ter menor renda, e ainda, em maior espectro, deixará de contribuir de maneira importante com a comunidade e sociedade onde vive, gerando consequências sobre o capital humano (Uchendu et al. 2009; Victora et al, 2008).

Paralelamente, o aumento da prevalência da obesidade infantil é um problema que atingiu níveis alarmantes nos últimos tempos. Cerca de 41 milhões de crianças menores de cinco anos estão acima do peso ou são obesas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016). O maior número de casos encontra-se em países de baixa e média rendas, onde o número dobrou entre 1990 e 2014. No Brasil, um terço das crianças com idade entre 5 e 9 anos apresentam sobrepeso ou obesidade e, segundo inquérito nacional, dos menores de cinco anos, 1,6% apresentaram baixo peso, 6,8% baixa estatura e 7,4% excesso de peso, além daqueles com carências de micronutrientes como hipovitaminose A, 17,4%, e anemia, 20,9% das crianças (POF 2008-2009; PNDS, 2006).

É fundamental que as recomendações alimentares sejam conhecidas e adotadas nesse primeiro período da vida, momento que estão sendo formados os hábitos alimentares da criança, os quais repercutirão nas práticas alimentares, no estado nutricional e de saúde, prevenindo tanto a desnutrição quanto a obesidade infantil, assim como outras doenças (Bortolini et al, 2012; Shimabukuro et al, 2008).

### **1.1 Aleitamento materno**

O leite materno (LM) por ser uma fonte inigualável de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento do bebê, deve ser oferecido de forma exclusiva desde a primeira hora de vida até os seis meses e complementado a outros alimentos até os dois anos ou mais (OMS, 2003).

Os benefícios da amamentação para a mãe e para o bebê estão bem documentados na literatura: para o bebê, aumenta a imunidade e conseqüentemente garante maior proteção contra infecções, diarreia e alergias, previne a obesidade e comorbidades associadas a ela e, para a mãe, ajuda na recuperação do peso pré-gestacional, no retorno do tamanho do útero mais rapidamente, reduz as chances de desenvolvimento de câncer de mama e ovário, além do benefício em comum, que é o vínculo entre mãe e filho. (Fragoso e Fortes, 2011; Tariku et al. 2016; Stuebe and Bonuck 2011).

Nas últimas décadas, houveram avanços quanto às condutas referentes à amamentação exclusiva no Brasil, mas ainda encontra-se muito aquém do desejado (Bortolini et al, 2012). Segundo relatório nacional que avaliou as práticas alimentares no primeiro ano de vida de crianças das capitais brasileiras e Distrito Federal, 67,7% foram amamentadas na primeira hora de vida, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 41,0%, sendo que a mediana deste foi de 1,8 mês, e a de aleitamento materno (AM) foi de 11,2 meses. Foi constatado elevado percentual de crianças que já recebiam alimentação complementar (AC) no quarto mês de vida (MS, 2009).

O desconhecimento por parte das nutrizes sobre o assunto está sendo citado como um dos principais motivos para a interrupção da amamentação (Fragoso, 2011; Rocha et al, 2010). Estudos qualitativos e quantitativos elucidam as razões pelas quais as mães oferecem a seus filhos outros líquidos (fórmulas infantis, leite de lata ou de vaca) ou alimentos: por acreditar que seu leite é fraco; porque a quantidade de leite que produz não é suficiente para o bebê, (pois ele chora com frequência); porque o ganho de peso do seu filho não foi adequado, ele aparenta estar magro, tendo em vista que em algumas culturas, bebê “gordinho” é sinal de bebê saudável; por sentir-se desconfortável em amamentar em público (Boff et al, 2015; Rocha et al, 2010; Rotenberg e Vargas, 2004; Heinig et al, 2006; Baughcum et al, 1998; Khassawneh et al, 2006; Stuebe e Bonuck, 2011).

Portanto, é fundamental que as mulheres, se possível desde a gestação, se familiarizem com as orientações e técnicas adequadas de amamentação, as quais abordam desde o posicionamento do bebê, a boa pega, (que facilita a mamada eficiente e evita machucar a mãe), o processo da ordenha e armazenamento do leite ordenhado para possibilitar a amamentação do bebê com leite materno (LM) na ausência da mãe, tendo em vista que o retorno ao trabalho ou aos estudos é uma das fortes razões para a interrupção do AME (Mogre\_2016; Rocha et al, 2010; Volpato et al, 2009; Asfaw et al, 2015; Noguerae Orellana, 2004). Para otimizar o ganho de peso do bebê, recomenda-se que haja o

esvaziamento completo de uma mama antes de ofertar a outra, desta forma ele tem acesso ao leite posterior, mais rico em gordura e calorias, dentre outras informações. (MS, 2015).

## **1.2 Introdução precoce de alimentos**

A introdução de alimentos anterior ao sexto mês de vida não traz benefícios à saúde da criança, pelo contrário, aumenta o risco do aparecimento de doenças do trato respiratório, diarreia, obesidade, dentre outras (Cohen et al. 1994; Tariku et al. 2016; Saldiva et al, 2011).

Estudo americano mostrou a importância da família saber interpretar os sinais que os bebês transmitem, sendo o choro um dos principais. Nem sempre o bebê que chora está com fome, mas com frequência a conduta de mães ou familiares é alimentar a criança por acreditar que o motivo seja esse, predispondo à superalimentação (Baughcum et al, 1998). O oferecimento de alimentos além das necessidades da criança pode gerar problemas a ela. Foi constatada associação entre o rápido ganho de peso nos primeiros anos de vida com o aumento do risco de doenças crônicas na vida adulta, aumento do índice de massa corporal (IMC), pragas cutâneas e hipertensão na adolescência. (Menezes et al, 2012).

Ademais, são inúmeras as desvantagens relacionadas à prática da AC precoce: é um meio direto de contaminação através das mãos, água ou utensílios; impede o contato pele a pele entre mãe e filho, prejudicando o vínculo; leva à diminuição da ingestão de leite materno, e, conseqüentemente à redução da frequência das mamadas, diminuindo a produção de leite pela lactante; o efeito contraceptivo que existiria se a mãe amamentasse exclusivamente nesse período deixa de existir, tornando-a vulnerável a uma nova gestação (Valezin et al 2009 BR; Nguyen et al, 2013).

Muitos estudos realizados em países em desenvolvimento, vêm pesquisando o conhecimento materno (CM) e as práticas da introdução da alimentação pré-láctea (APL), a qual se refere à oferta de qualquer alimento, que não o leite materno, durante os três primeiros dias de vida do bebê. Tal introdução está associada a desfechos negativos de saúde neonatal, incluindo risco aumentado de doenças e mortalidade. Os três primeiros dias é o período que o colostro, ou o “primeiro leite”, que contém alta concentração de agentes imunológicos é produzido. A interferência no aleitamento materno exclusivo com a introdução da APL diminui esta oferta de proteção, aumentando a suscetibilidade a doenças. (Nguyen et al, 2013; Tariku et al, 2016; Teka et al, 2015; Tadele et al, 2016; Bimerew et al, 2016; Akinyinka et al, 2016; Gewa e Chepkembol, 2016; Leshi et al, 2016; Tewabe, T, 2015; Asfaw et al, 2015; Kishore et al, 2008; Adugna, D.T., 2014; Fragoso e Fortes, 2011).

A transição do aleitamento materno exclusivo para a alimentação complementar ao AM exige certos cuidados e envolve muitos desafios, principalmente em países em desenvolvimento onde é comum a baixa frequência da oferta de refeições, preparações com baixa densidade calórica, falta de higiene e condições precárias de armazenamento dos alimentos. (Gyampoh et al, 2014; Valezin et al 2009 BR).

No Brasil, por exemplo, é comum a oferta precoce de água, chás, leite, mingaus e sucos para os bebês, sendo tal consumo variável de acordo com as diferentes regiões do país. Também é elevado o consumo de refrigerantes, café, biscoitos recheados e salgadinhos por crianças menores de um ano de idade. (Valezin et al 2009; Caetano et al, 2010; Bortolini et al, 2012; Fragoso e Fortes, 2011).

### **1.3 Introdução da Alimentação Complementar – recomendações**

A introdução da alimentação complementar (AC) ou alimentação de transição, deve ser iniciada após os seis meses de idade, quando o sistema digestivo da criança já está maduro. Além disso, nesse período o LM não é mais suficiente para suprir as demandas de energia e outros nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança. (Valezin et al, 2009; Sisay et al, 2015; MS, 2013). A introdução dos alimentos feita no momento certo, a protegerá de possíveis infecções gastrintestinais, alergias alimentares e má absorção de nutrientes, como ferro e zinco, e evitará morbimortalidade (Valezin et al 2009 BR, Fragoso, 2011, Souza, 2013).

O processo de alimentar uma criança requer de seus pais ou cuidadores, atenção, paciência, persistência e amor. É importante que seja feita de maneira lenta e gradual, com qualidade, quantidade e diversidade de alimentos, livre de contaminação, ofertada com frequência a qual garanta os nutrientes que a criança necessita e respeite a identidade cultural da região onde vivem (Caetano et al, 2010). A escolha e o preparo dos alimentos, a evolução da consistência são detalhes muito importantes. Recomenda-se que se inicie com alimentos macios, semi-sólidos/pastosos e evoluindo em consistência e variedade a cada fase, respeitando o desenvolvimento e o apetite da criança. (Sisay et al, 2015; MS, 2013).

### **1.4 Pastoral da Criança**

A Pastoral da Criança, é um organismo de ação social da CNBB, fundada em 1983, pela médica

Dra. Zilda Arns Neumann e pelo então Arcebispo de Londrina Dom Geraldo Majella Agnelo (PASTORAL DA CRIANÇA, 2014). Sua atuação é baseada na capacitação de voluntários, os líderes, os quais acompanham gestantes e crianças menores de seis anos de sua comunidade, orientando-as em ações básicas de saúde, educação, nutrição e cidadania por meio de visitas domiciliares e encontros mensais. Tem como objetivo principal promover o desenvolvimento integral das crianças, suas famílias e comunidades, sem distinção de raça, cor, profissão, nacionalidade, sexo, credo religioso ou político (ARTIGO 2º - ESTATUTO DA PASTORAL DA CRIANÇA, 1995). Atualmente, a Pastoral conta com cerca de 100 mil voluntários e acompanha cerca de um milhão de crianças e 70 mil gestantes.

Nas primeiras décadas de sua atuação, a Pastoral da Criança priorizava o combate à mortalidade e desnutrição infantil e, felizmente, a atuação dos líderes contribuiu substancialmente para que as crianças acompanhadas obtivessem melhora no seu crescimento e desenvolvimento. (NEUMANN et al, 1999; NEUMANN et al., 2002; CESAR et al, 2005). A partir de 2005, a entidade focou seus esforços em melhorias de suas ações a fim de combater agora, o excesso de peso infantil que nitidamente afetava as crianças carentes acompanhadas, fato comprovado posteriormente por pesquisas financiadas pelo Governo Federal (POF, 2002-03; PNDS, 2006; POF, 2008-09).

### **1.5 Revisão bibliográfica e processo de busca de artigos**

Foram consultadas as bases de dados Pubmed, Lilacs/BVS, Capes e Scielo para a busca de artigos científicos relacionados à questão principal da pesquisa: conhecimento materno sobre alimentação infantil.

Os filtros adicionados à busca foram: humanos e crianças até dois anos de idade. Não houveram exclusões por data, idioma ou pelo motivo de ser estudo qualitativo.

Abaixo estão os descritores utilizados em português e inglês:

1. (Conhecimento materno OU percepção materna) E aleitamento materno

*("Maternal knowledge" OR "maternal perception") AND breastfeeding*

2 - (Conhecimento materno OU percepção materna) E (alimentação infantil OU alimentação complementar

*("Maternal knowledge" OR "maternal perception") AND ("child diet" OR "child food" OR "child feeding" OR "infant diet" OR "infant food" OR "infant feeding" OR "complementary feeding" OR "complementary food")*

O número total de artigos selecionados para a revisão de literatura foi de 40 artigos. O quadro

abaixo mostra o processo das exclusões:

**Quadro 1.** Descrição da estratégia de busca de artigos relacionados ao conhecimento materno em 2 etapas: 1: CM em aleitamento materno e 2: CM sobre alimentação complementar.

	Pubmed	Lilacs/BVS	Capes/Scielo
<b>1- Conhecimento materno E aleitamento materno</b>	<b>99</b>	<b>18</b>	<b>281</b>
Excluídos por título	63	6	241
Excluídos por não apresentarem prevalência de conhecimento	17	2	2
Excluídos pelo conhecimento não ser materno	7	1	4
Repetidos	0	7	17
<b>Total de artigos selecionados da etapa 1</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>17</b>
<b>2- Conhecimento materno E alimentação complementar</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	<b>44</b>
Excluídos por título	35	0	19
Excluídos por não apresentarem prevalência de conhecimento	0	0	3
Excluídos pelo conhecimento não ser materno	0	0	4
Repetidos	14	4	15
<b>Total de artigos selecionados da etapa 2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Total de artigos selecionados em cada base</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
<b>Total de artigos final</b>	<b>40</b>		

O quadro do resumo dos artigos está no Apêndice 2 ao final deste trabalho. Os artigos com dados qualitativos (03 artigos) não foram inseridos no quadro.

A busca por novos artigos foi refeita em 29 de janeiro de 2018. O resultado encontra-se no quadro a seguir:

**Quadro 2.** Segunda busca de artigos relacionados ao conhecimento materno em 2 etapas: 1: CM em aleitamento materno e 2: CM sobre alimentação complementar em 29/01/18.

	Pubmed	Lilacs/BVS	Capes/Scielo
<b>1- Conhecimento materno E aleitamento materno</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>15</b>



Excluídos por título	4	11	13
Repetidos	6	4	1
Excluídos após leitura do resumo	2		1
<b>Total de artigos selecionados desta etapa</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>2- Conhecimento materno E alimentação complementar</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
Excluídos por título	9	0	4
Repetidos	3	1	3
Excluídos após leitura do resumo	6	0	0
<b>Total de artigos selecionados da etapa 2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total de artigos selecionados em cada base</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Total de artigos final</b>	<b>8</b>		

### 1.6 Prevalência do conhecimento materno em aleitamento materno e fatores associados

A grande maioria dos estudos revisados foram elaborados por autores de países em desenvolvimento, em especial países da África, o que demonstra intensa preocupação relacionada à saúde das crianças que vivem em situação de vulnerabilidade.

A fonte principal do conhecimento materno sobre alimentação infantil, principalmente sobre o aleitamento materno, aconteceu por meio dos profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal (PN). Grande parte das mães realizam ao menos uma consulta de PN, entretanto, existem situações que mesmo comparecendo ao PN, as mães não recebem orientações sobre amamentação. Um exemplo é mostrado no estudo de Tewabe na Etiópia, onde 86,2% das mães fizeram consultas de PN, mas somente 59% delas foram orientadas sobre o AM. O percentual de mães orientadas no PN variou de 39% na Índia, chegando até 93,5% na Etiópia. Nos estudos brasileiros, em média 64,5% das mães foram orientadas no PN. (Fragoso e Fortes, 2011; Volpato et al, 2009; Valezin et al, 2009; Tariku et al, 2016; Teka et al, 2015; Bimerew et al, 2016).

O atendimento pós-natal também foi um momento oportuno para o repasse das informações sobre o AM, tanto que ambos (atendimento PN e pós-natal) foram citados como fatores associados ao CM em AM pelos autores que avaliaram essa relação (Noguera e Orellana, 2004; Teka et al, 2015; Volpato et al, 2009). No estudo de Volpato, obtiveram melhores resultados de CM as mães que frequentaram em média 4,2 consultas de PN.

Outros fatores que estiveram associados ao CM em alimentação infantil, foi a maior escolaridade

da mãe (Teka et al, 2015; Shafei e Labib, 2014; Kishore et al, 2008; Onah et al, 2014) e, a maior idade materna, maior renda, multiparidade, viver com companheiro, estar estudando ou trabalhando e ter a presença da avó em casa foram associações encontradas no estudo de Noguera e Orellana, 2004.

O conhecimento materno foi um forte preditor para as condutas (ou práticas) relacionadas ao AM, seja para as condutas positivas, quanto para as negativas. Por exemplo: uma grande proporção de mães que ofertaram APL a seus filhos em mamadeiras, tiveram CM intermediário, e daquelas que apresentaram bom CM, apenas 5,9% utilizaram a mamadeira (Akinyinka et al, 2016). A interrupção do AME bem como o atraso em oferecer o LM na primeira hora de vida após o parto estiveram associados à falta do CM (Gewa e Chepkemboi, 2016; Adugna, DT, 2014, Shafei e Labib, 2014; Nguyen et al, 2013; Stuebe e Bonuck, 2011; Uchendu et al, 2009).

Alguns autores que avaliaram além do CM, a prática deste, puderam perceber que apesar de os benefícios do AME estarem bem estabelecidos para as mães, inclusive para a sociedade, a prática deste ainda permanece baixa (Uchendu et al. 2009; Komarsson et al, 2008; Shimabukuro et al, 2008; Volpato et al, 2009; Onah et al, 2014; Gyampoh et al, 2014; Noguera e Orellana, 2004).

O estudo de Onah, 2014, apresentou uma prevalência do conhecimento materno sobre AME entre mães que frequentavam um hospital público de área industrial no sudeste da Nigéria de 82%. Setenta e um por cento das mães entrevistadas acreditavam que AME é a opção ideal para alimentação de bebês. Apesar do percentual do conhecimento materno ter sido elevado, a prática de AME foi baixa, com média de 34%, declinando de 64% aos 1-2 meses, para 4% aos 5-6 meses de idade (Onah et al, 2014).

Uchendu e colaboradores, mostraram em seu estudo ocorrido no Níger um percentual deste conhecimento ainda maior: 94% quanto à definição de AME e 90,8% para a sua duração. As mães que concordaram com as afirmações: bebês amamentados exclusivamente no peito apresentam aparência mais saudável, tem menos doenças e são mais inteligentes, obtiveram maior probabilidade de completar o AME aos 6 meses (Uchendu et al. 2009).

Resultados controversos foram detectados no estudo de Kishore et al, 2009, realizado na zona rural no norte da Índia, no qual apontaram apenas 39% das mães com conhecimento satisfatório sobre o AM, classificado como um resultado subótimo. No sul da Etiópia essa prevalência foi de 42,8%, também em mães de comunidades rurais. A prevalência mais baixa, de 28% foi encontrada dentre mães professoras do segundo grau da Arábia Saudita no estudo de Al-Binali, 2012, quando questionado sobre a duração do AME.

Tais resultados demonstram que existem variadas prevalências a respeito do conhecimento materno sobre o AME, variando abruptamente desde 28% a 94%, independente do local onde vivem as mães, área rural ou urbana (Al-Binali, 2012; Kishore et al, 2009; Adugna DT, 2014; Uchendu et al, 2009).

As prevalências completas do CM estão contidas no quadro de resumo dos artigos no apêndice ao final deste projeto.

### **1.7 Prevalência e fatores associados ao conhecimento materno sobre a alimentação complementar**

Vale ressaltar que o CM sobre a alimentação complementar, sobretudo para a idade de introdução da AC tem-se mostrado baixo e inferior ao das questões referentes ao AM (Saleh et al; Tariku; Cesar et al, 2010; Sisay et al, 2015; Shams et al, 2016). Segundo Souza, isso é devido a maior divulgação de informações sobre o AME, por meio do serviço de saúde (SS), campanhas, ou até mesmo na mídia (Souza et al, 2013). Valezin aponta que 90% das mães de seu estudo receberam informações sobre AM no SS, porém, apenas 66% foram orientadas sobre a AC (Valezin et al, 2009). E foi visto que assim como ocorre com o AM, as condutas positivas em relação às práticas da AC realizadas pelas mães, também são menores que o conhecimento sobre elas (Abebe et al, 2016). Exemplificando: Em Bangladesh, 98% das mães participantes do estudo tiveram CM adequado sobre a preservação da AC, todavia, na prática a higiene deixou a desejar. (Saleh et al, 2014).

Estudos trabalharam as questões da OMS sobre “Alimentação para Crianças e Bebês” (em inglês, *Infant and Young Child Feeding – IYCF*), e em um deles foi visto que 70% das mães acertaram o momento ideal para a introdução da AC e o mesmo percentual, 70% responderam corretamente sobre a estratégia de alimentação quando uma criança recusa a comida durante e após as doenças. Entretanto, os acertos foram expressivamente menores quando foram questionadas sobre o número mínimo de refeições por dia que o bebê deve consumir, a diversidade mínima dietética, quais as bebidas não recomendadas, como as açucaradas e chás (Abebe et al, 2016). No outro estudo, o CM foi baixo, médio e alto para 33,1%, 34,7% e 32,3% das mães respondentes respectivamente, e o conhecimento baixo foi estatisticamente associado à oferta de APL (Tariku et al, 2016).

Resultados menos animadores foram encontrados quando questionada a idade ideal para ser introduzida a AC: apenas 17% e 58,9% acertaram a resposta nos estudos de Saleh et al, 2014 e Sisay et al, 2015. O nível de CM no estudo de Shams et al., 2016, foi bom para 0,8%, médio para 20,4% e ruim para 78,8% das mães. Por fim, estudo brasileiro avaliou o conhecimento de funcionárias de escolas públicas e percentual de acerto para a mesma questão de 61% e, menor, 16%, quando questionado sobre a idade para introdução do açúcar (Souza et al, 2013).

Índices baixos de acertos quanto às questões da AC são preocupantes, pois possivelmente refletirão em condutas inapropriadas que poderão afetar o comportamento alimentar da criança (Valezin et al, 2009).

## **2. Justificativa**

O conhecimento inadequado sobre alimentos e hábitos alimentares apropriados são muitas vezes um determinante mais forte da má nutrição do que a falta de alimentos. A amamentação e alimentação complementar adequadas depende de informações precisas e do apoio qualificado da família, da comunidade e do sistema de saúde. (Stuebe and Bonuck 2011).

É de fundamental importância o aumento da conscientização de pais e cuidadores de crianças sobre os problemas que podem surgir advindos da falta de aleitamento materno ou introdução inadequada de alimentos. Somado a isso, após revisão de literatura, é nítida a escassez de estudos nacionais, sejam descritivos ou avaliativos sobre o tema. Portanto, é uma necessidade identificar onde estão as falhas no conhecimento materno sobre esses dois principais aspectos da alimentação infantil; a amamentação, sua exclusividade, duração e benefícios, assim como as técnicas apropriadas para que seja efetiva e favoreça mãe e filho; a introdução da alimentação complementar, idade para iniciá-la, frequência, diversidade, consistência e evolução gradativa respeitando a amadurecimento do organismo da criança.

Uma vez identificado o nível do conhecimento das mães, será possível utilizar-se dos dados para subsidiar estratégias que promovam a alimentação e saúde infantil, e contribuir para que as próximas gerações tenham um ambiente que proporcione a conquista do seu potencial ótimo de desenvolvimento.

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivo geral**

Descrever o conhecimento sobre alimentação infantil entre mães e/ou responsáveis por menores de um ano em áreas visitadas pelos líderes da Pastoral da Criança (LPC) no município de São Luís, MA.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Medir o conhecimento materno no que diz respeito:
  - ao aleitamento materno exclusivo (definição e duração);
  - à efetividade da amamentação (técnicas);
  - aos benefícios do aleitamento para a mãe e para o bebê;
  - à adequação da alimentação complementar no primeiro ano de vida (idade de

introdução, frequência das refeições, consistência e variedade).

#### **4. Hipóteses**

- Pelo menos oito em cada dez mães têm conhecimento de que o aleitamento materno é o melhor alimento para o bebê e deve ser oferecido exclusivamente à criança até o sexto mês de idade;
- Sessenta por cento saberão a respeito das técnicas de amamentação;
- Oitenta por cento saberão dos benefícios que o LM traz para a mãe e para o bebê;
- Não mais que um terço delas responderá corretamente sobre a idade e a forma adequada de introdução da alimentação complementar ao AM.

#### **5. Metodologia**

Este projeto de pesquisa faz parte de uma avaliação mais ampla conduzida pela Coordenação Nacional da Pastoral da Criança em São Luís do Maranhão cujo objetivo é avaliar o impacto da Ação do Acompanhamento Nutricional – IMC/idade realizada pelos LPC sobre o estado nutricional infantil, o conhecimento materno e as práticas relacionadas à alimentação das crianças.

O Acompanhamento Nutricional IMC/idade é uma das principais ações básicas da Pastoral da Criança (PC), a qual visa capacitar os líderes (voluntários) em nutrição infantil, a realizar a coleta das medidas de comprimento/altura e peso das crianças, na digitação dos dados no aplicativo AppNutri, desenvolvido pela própria PC que calcula o índice de massa corporal/idade (IMC/idade). Com o resultado em mãos, orientam as mães ou responsáveis a respeito das melhores práticas alimentares e de amamentação para manter ou atingir um estado nutricional ideal. Esse processo acontece uma vez a cada três meses durante os encontros mensais que os LPC realizam com as famílias chamado “Dia de Celebração da Vida”.

Esta avaliação ampla terá três etapas: diagnóstico pré-intervenção (*baseline*), período de intervenção (um ano) e diagnóstico final ou pós-intervenção (*endline*). As informações a serem trabalhadas neste projeto serão provenientes do *baseline* desta pesquisa maior.

##### **5.1 Local do estudo**

O estudo foi conduzido em comunidades do município de São Luís, capital do estado do Maranhão, na região Nordeste do Brasil. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), São Luís possuía em 2016 aproximadamente 1,1 milhão de habitantes distribuídos em

uma área de 835 km<sup>2</sup>. São Luís é a única cidade brasileira fundada por franceses, sendo uma das três capitais brasileiras localizadas em ilhas. A incidência de pobreza nesta capital é de 54,8%, a taxa de mortalidade infantil é de 17 por mil nascidos vivos. Ainda segundo o IBGE, ocorreram 16.500 nascimentos no município em 2014. A cobertura da Estratégia Saúde da Família no município é de 34,5%, serviço este oferecido em 51 unidades básicas de saúde locais (IBGE, 2010).

## **5.2 Delineamento**

O delineamento utilizado neste estudo foi do tipo transversal (seccional ou de prevalência). Este delineamento é a melhor escolha quando se quer determinar a prevalência de um determinado desfecho dispondo de pouco tempo, escassos recursos financeiros em uma única abordagem (SILVA IS, 1999).

## **5.3 População alvo**

Foi constituída por mães ou pessoas responsáveis pela guarda (e ou cuidado) de bebês menores de um ano residentes nas comunidades selecionadas para a pesquisa no município de São Luís, MA, no período da coleta de dados que ocorreu de agosto a outubro de 2017. Não foram encontradas mães incapazes de responder ao questionário em decorrência de limitação cognitiva.

## **5.4. Amostragem**

O estudo aconteceu em 20 comunidades de São Luís, previamente selecionadas por conveniência de acordo com a implementação da ação do Acompanhamento Nutricional IMC/idade da PC. Esta ação deveria estar em andamento na comunidade ou ter seu início previsto até outubro de 2017 para ser possível a realização da intervenção proposta e citada anteriormente no item 5.

Nas comunidades, todas as casas com bebês menores de um ano foram abordadas. O total de 20 comunidades foi suficiente para atingir o número de bebês necessários segundo o cálculo amostral do estudo de intervenção, o qual baseou-se na diferença de dez pontos percentuais na proporção de crianças com estado nutricional adequado entre as acompanhadas e não acompanhadas pela PC após um ano de intervenção. O resultado foi de 743 indivíduos, assumindo nível de confiança bilateral de 95%, poder estatístico de 80%, com acréscimo de 15% para eventuais perdas e recusas.

## **5.5 Informações coletadas e definição das variáveis**

Foi utilizado um questionário único padronizado aplicado por meio de visita domiciliar por entrevistadoras previamente treinadas. Este questionário foi dividido em blocos, cada qual buscando

informações sobre características específicas dentre as quais se destacam: características demográficas, socioeconômicas, habitacionais, de vida reprodutiva e visitação dos líderes da Pastoral da Criança (LPC) ou agentes comunitários de saúde (ACS). O quadro a seguir apresenta as principais variáveis independentes e dependentes e a forma que foram originalmente coletadas. No Apêndice 1 ao final deste volume está contido o questionário utilizado para a coleta de dados, o qual foi elaborado baseado na revisão de literatura e recomendações dos Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos do MS (MS, 2013).

**Quadro 3.** Variáveis independentes e dependentes utilizadas no estudo “Conhecimento materno em alimentação infantil, São Luís, MA”, 2017.

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Forma de coleta</b>
<b>Demográficas</b>		
Idade da mãe	Número de anos completos.	Discreta
Cor da pele	Pigmentação da pele, observada pelo entrevistador e referida pela própria mãe em branca, parda, preta, amarela e indígena.	Categórica
Situação conjugal	Se vive com companheiro.	Dicotômica
Religião	Religião da qual a mãe se diz praticante (Católica, evangélica, espírita, outras).	Categórica
<b>Socioeconômicas</b>		
Renda familiar	Valor recebido em reais (R\$) por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior à entrevista.	Contínua
Escolaridade materna	Número de anos de estudo completo com aprovação.	Discreta
Tipo de moradia	Tipo de material predominante na construção da moradia (tijolos, madeira, taipa, outros).	Categórica
Água tratada	Origem da água consumida no domicílio.	Dicotômica
Número de filhos vivos e mortos	Quantidade de filhos nascidos vivos e mortos.	Discreta

Aglomeraco familiar	Número de moradores no domicílio, ou seja, de pessoas que fazem as refeices juntas e/ou dormem no domicílio.	Discreta
Trabalho remunerado	Se a mãe estava trabalhando e recebendo por isso no momento da entrevista.	Dicotmica
<b>Sobre a Pastoral da Criança</b>		
Visitao dos líderes da Pastoral da Criança	Se recebeu visita do líder da Pastoral da Criança no último mês.	Dicotmica
<b>Variáveis dependentes</b>		
Conhecimento materno em alimentao infantil	Conjunto de questões diretas e situacionais sobre aleitamento materno nas suas diferentes formas e sobre a introduo de alimentos nos primeiros meses de vida: definio e durao do aleitamento materno exclusivo, benefícios da amamentao para a mãe e para o bebê, técnica de amamentao (boa pega), idade de introduo da alimentao complementar, preparo, oferta, frequência, dentre outras.	Discreta, Dicotmica e politômica.

## 5.6 Seleo, treinamento das entrevistadoras e estudo piloto

Foram recrutadas 19 candidatas do sexo feminino, com pelo menos o ensino médio completo. No mês de julho, ao longo de cinco dias consecutivos ocorreu a primeira etapa do treinamento com carga horária de 35 horas, quando foi feito o reconhecimento do questionário, através da leitura do mesmo e do manual de instrues, aplicao do questionário em duplas e perante todos os demais mediante a simulao de entrevistas. No estudo piloto, todas as candidatas fizeram uma entrevista completa em domicílio em comunidade próxima ao local do treinamento, por objetivo de avaliar o desempenho das mesmas, assim como testar o enunciado das questões, medir o tempo necessário para realizar a entrevista a fim de definir a logística da coleta de dados.

No mês seguinte, agosto, foi feita a segunda etapa do treinamento, desta vez com o questionário online instalado nos *tablets* com o programa RedCap®. Foram 15 horas trabalhadas, lembrando que um período da primeira etapa e outro da segunda etapa foram destinados  capacitao de medidas antropométricas, necessárias para a pesquisa de interveno. Ao final desta etapa e com base no aproveitamento alcançado pelas candidatas em cada um das tarefas realizadas, 08 delas foram contratadas e uma permaneceu como suplente para a eventualidade de alguma substituio. Também fizeram parte da equipe de pesquisa duas supervisoras, as quais foram indicadas pela Universidade



Federal do Maranhão - UFMA, por experiência prévia em pesquisas e perfil para a função.

## 5.7 Logística

Foram formadas duas equipes sob o comando de cada supervisora contendo 04 entrevistadoras, as quais se deslocaram em carro próprio ou de ônibus uma vez ao dia, ou no período da manhã, ou a tarde, permanecendo na comunidade aproximadamente 5 horas por dia. Eventualmente, por ocasião do não comparecimento às comunidades em algum dia da semana, permaneciam período integral por aproximadamente 08 horas. A coleta de dados durou 03 meses, de 16 de agosto a 18 de novembro de 2017, tendo fim quando o total de 765 mães de menores de um ano foram entrevistadas. A coleta foi acompanhada in loco pelas supervisoras, que permaneceram o tempo todo na comunidade dando o suporte à identificação das mães e realização das entrevistas.

Nas entrevistas domiciliares, o questionário foi aplicado por meio de tablets com o aplicativo *RedCap*<sup>®</sup>, um *software* que transfere os dados para o servidor após sincronização dos dados, quando usado na forma *offline*. Diariamente, ao final da coleta de dados, todas as entrevistadoras conectavam o *tablet* à internet para enviar os dados, os quais eram conferidos um a um pelas supervisoras, a fim de garantir a chegada de todos os dados no servidor e corrigir eventuais erros de digitação ou informação. Após essa conferência, as supervisoras comunicavam às entrevistadoras que os questionários podiam ser deletados dos *tablets*, e estarem livres com baterias carregadas para as entrevistas do dia seguinte.

Diariamente, foram feitas cópias de segurança do banco de dados no servidor. Além disso, a mestrandia responsável pela revisão das entrevistas enviava diariamente um relatório com erros e inconsistências a fim de que fossem esclarecidas pelas entrevistadas e supervisoras.

## 5.8 Definição do desfecho

O desfecho do estudo foi constituído pelo conhecimento materno sobre alimentação infantil, o qual foi analisado de duas maneiras: a primeira, por meio do escore do conhecimento materno total, o qual foi calculado atribuindo-se maior peso (3 pontos) para as seis questões relacionadas ao AM referentes às recomendações do MS: definição (duas perguntas) e duração do AME, oferecimento do colostro, amamentação em livre demanda, tempo de amamentação ideal - dois anos ou mais e; menor peso (1 ponto), para àquelas relacionadas às características do LM, boa pega, orientações gerais da amamentação e seus benefícios para a mãe e para o bebê (Figura 1). Quanto às informações referentes à AC, somou-se maior pontuação à nove questões: idade para iniciar a introdução, hidratação, quantidade, variedade, idade para evitar alimentos ultraprocessados, preparo de papas - consistência, adição de sal e açúcar (Figura 2). Com 34 questões, o escore total poderia variar de 0 a 64 pontos.

Considerou-se conhecimento satisfatório o escore superior à 70% de acertos. Além disso, foi criado um escore específico para AM e outro para a introdução da AC a fim de comparar as médias. A segunda maneira pela qual os resultados foram avaliados, foi de acordo com o percentual de acertos de cada pergunta, atribuindo-se um ponto para cada resposta correta e 0 (zero) para as respostas incorretas e respostas "não sei", sendo o total da pontuação convertido em porcentagem. A definição das respostas corretas e incorretas foi baseada nas recomendações e orientações do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos e do Manual de Orientação do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.

### **5.9 Processamento e análise de dados**

O envio dos dados foi feito diariamente através da sincronização dos *tablets*, do programa RedCap® para o servidor. Os dados foram analisados usando o programa estatístico Stata 14.2, no qual realizou-se o exame de valores inesperados (*outliers*), colocação de rótulos nas variáveis e categorização, análise de consistência (limpeza de dados). Em análise preliminar, houve a distribuição das variáveis com suas respectivas frequências e percentuais. Medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas quando necessário e aplicável. A análise final consistiu na avaliação do percentual de erros de cada questão do CM, da comparação das médias dos escores e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

### **5.10 Controle de qualidade**

O controle de qualidade foi realizado por meio de repetição de 10% de parte das entrevistas por uma pessoa contratada para essa função. Estas entrevistas foram escolhidas de forma aleatória e o grau de concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pessoa contratada foi avaliado utilizando-se o teste kappa, o qual variou de 0,63 a 0,97 mostrando que a concordância variou entre substancial/forte e excelente.

### **5.11 Aspectos éticos e confidencialidade das informações**

Este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Garantiu-se a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de os participantes deixarem o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do questionário ser aplicado.

## 6. Divulgação dos resultados

Os resultados dessa pesquisa serão tornados públicos por meio dos seguintes meios de comunicação:

- Redação de um artigo científico em revista indexada (Qualis A1-B2);
- Preparação de material para imprensa leiga local;
- Meios de comunicação da Pastoral da Criança: revista, rádio, site e redes sociais;
- Apresentações em congressos e seminários sobre o tema;
- Boletim interno das universidades envolvidas nesta pesquisa (FURG e UFMA) e
- Disponibilização de volume final da dissertação nas bibliotecas da FURG.

## 7. Financiamento

Os custos de capital e custeio para o desenvolvimento desta pesquisa foram cobertos integralmente pela Pastoral da Criança de acordo com o quadro seguinte:

**Quadro 4.** Gastos de capital e custeio para o desenvolvimento da pesquisa do Conhecimento materno em alimentação infantil, São Luís, MA, 2017.

Item	Justificativa	Qtde	Custo (R\$)	
			Unitário	Total
<b>Capital</b>				
Tablets	Para entrada de dados.	10	289,99	2.899,90
Balanças	Para pesagem dos bebês.	10	319,09	3.190,91
Antropômetros	Para medir o comprimento dos bebês. Já existentes na PC.	0	0	0
Fotocópias	De questionários e manuais para treinamento e coleta.			575,13
Materiais de consumo	Bolsas, pastas, crachás, camisetas para equipe de pesquisa.			497,08
<b>Subtotal</b>				<b>7.163,02</b>
<b>Custeio</b>				

Contratação de entrevistadores (2 meses)	Realização das entrevistas à domicílio durante a coleta de dados.	8	Custo fixo R\$ 1.100 + custo por entrevista R\$ 25,00	53.255,02
Contratação de supervisores (2 meses)	Supervisão de 8 entrevistadores durante a coleta de dados.	2	Custo fixo R\$ 1.500 + custo por entrevista R\$ 6,00	10.555,88
Contratação de entrevistadora para busca das pendências	Retorno às comunidades em busca de pendências.	1	Valor proporcional mensal + valor por entrevista	390,00
Contratação de supervisora para busca das pendências	Retorno às comunidades em busca de pendências.	1	Valor proporcional mensal + valor por entrevista	620,00
Contratação da pessoa para controle de qualidade	Ligações para 10% dos entrevistados.	1	500	500,00
Custo de telefone Plano mensal	Para as ligações do controle de qualidade.	1	56,90	56,90
Transporte	Para ida e volta à comunidade considerando o valor da passagem urbana.	10	240	2.400,00
Alimentação/água	Incluso no valor mensal.	0	0	0
<b>Subtotal</b>				<b>67.777,80</b>
<b>Despesas mestranda</b>				
Passagem aérea mestranda CWB - SL – CWB	Para o mapeamento, treinamento dos entrevistadores e acompanhamento da primeira e quarta semanas de coleta.	4	1.186,25	4.745,00
Hospedagem	Hospedagem solidária.			300,00
Alimentação mestranda	Em trânsito. As demais eram inclusas na acomodação.	8	40,00	320,00
<b>Subtotal</b>				<b>5.365,00</b>
<b>Total</b>				<b>80.305,82</b>

## 8. Cronograma

Atividade	2016 Março a Dezembro										2017 Janeiro a Dezembro												2018 Jan a Mar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Revisão bibliogr.																									
Elaboração do projeto																									
Qualificação do projeto																									
Seleção entrevistadores																									
Estudo piloto																									
Coleta de dados																									
Análise da consistência																									
Análise Final																									
Defesa																									
Redação de artigos																									
Divulgação dos resultados																									

## 9. Referências Bibliográficas

Abebe Z, Haki GD, Baye K. Health extension workers' knowledge and knowledge-sharing effectiveness of optimal infant and young child feeding are associated with mothers' knowledge and child stunting in rural Ethiopia. *Food and Nutrition Bulletin* 2016, Vol. 37(3) 353-363.

Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. *International breastfeeding journal* 2014; 9, p. 8.

Akinyinka MR, Olatona FA, Oluwole EO. Breastfeeding knowledge and practice among mothers of children under 2 years of age living in a military barrack in southwest Nigeria. *International Journal of MCH and AIDS* 2016; Vol. 5, No 1, 1-13.

Asfaw MM, Argaw MD, Kefene ZK. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross-sectional community based study. *International Breastfeeding Journal* 2015; 10:23.

Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal feeding practices and childhood obesity. A focus group study of low-income mothers. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998; Vol. 152.

Bimerew A, Teshome M, Kassa GM. Prevalence of timely breastfeeding initiation and associated factors in Dembecha district, North West Ethiopia: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 2016; 11:28.

Boff ADG, Paniagua LM, Scherer S, Goulart BNG. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. *Audiol Commun Res.* 2015; 20(2):141-5.

Cesar JA, Gonçalves TS, Neumann NA, Oliveira Filho JA, Dizierkaniak AC. Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controle. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 21(6):1845-1855, nov-dez, 2005.

Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL and Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *The Lancet* 1994; 344(8918), pp. 288–293.

Horton, R. Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. *The Lancet* 2008; 371(9608), p. 179.

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde 2009.

Fragoso APR, Fortes RC. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *Journal Health Science Institute* 2011; 29(2):114-8.

Gamboa EM, López B, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Colombia 2008.

Gewa CA, Chepkemboi J. Maternal knowledge, outcome expectancies and normative beliefs as determinants of cessation of exclusive breastfeeding: a cross-sectional study in rural Kenya. *BMC Public Health* 2016; 16:243.

Gyampoh S, Otoo GE, Aryeetey RNO. Child feeding knowledge and practices among women participating in growth monitoring and promotion in Accra, Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:180.

Heinig MJ, Follett JR, Ishii KD, Kavanagh-Prochaska K, Cohen R, Panchula J. Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. *J. Human Lactation* 2006; 22(1).

- Khassawneh M, Khader Y, Amarin Z, Alkafajei A. Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the north of Jordan: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 2006.
- Kishore MSS, Kumar P, Aggarwal K. Breastfeeding knowledge and practices amongst mothers in a rural population of north India: a community-based study. *Journal of Tropical Pediatrics*. Vol.55, No.3.
- Komarsson KAC, Ximenes LB, Almeida PC, Dodt RCM, Oriá MOB. Conhecimento das mães sobre o aleitamento materno: estudo descritivo. *Online braz. j. nurs.* 2008.
- Leshi O, Samuel FO, Ajakaye MO. Breastfeeding knowledge, attitude and intention among female young adults in Ibadan, Nigeria. *Open Journal of Nursing* 2016; 6, 11-23.
- Mbada CE, Olowookere AE, Faronbi JO, Oyinlola-Aromolaran C, Faremi FA, Ogundele AO, Awotidebe TO, Ojo AA, Augustine OA. Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. *BMC Research Notes* 2013; 6:552.
- Menezes AMB, Hallal PC, Dumith SC, Matijasevich AM, Araújo CLP, Yudkin J, Osmond C, Barros FC and Victora CG. Adolescent blood pressure, body mass index and skin folds: sorting out the effects of early weight and length gains. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2012; 66(2), pp. 149–154.
- Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde 2013.
- Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança. Aleitamento materno e Alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde 2015.
- Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *International Breastfeeding Journal* 2016; 11:12.
- Neumann, NA, Victora CG, Valle NJ, Cesar JA, Horta BL, Lima SM, Barros FC. Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise multinível. *Rev. Bras. Epidemiol* 2002; Vol. 5, Nº 1.
- Neumann NA, Victora CG, Halpern R, Guimarães PRV, Cesar JA. Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 5(6), 1999.
- Nguyen PH, Keithly S, Nguyen NT, Nguyen TT, Tran LM, Hajeerhoy N. Prelacteal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors. *BMC Public Health* 2013; 13:932
- Noguera MD, Orellana JJ. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia* 2004; Vol. 55 Nº. 1. (9-17).
- OMS. Relatório da comissão pelo fim da obesidade infantil busca reverter aumento de sobrepeso e obesidade. Organização Mundial da Saúde 2016.
- Onah S, Osuorah DIC, Ebenebe J, Ezechukwu C, Ekwochi U, Ndukwu I. Infant feeding practices and

maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. *International Breastfeeding Journal* 2014; 9:6.

Ortiz YMB, Navarro CC, Ruiz GG. Lactancia materna exclusiva: La conocen las madres realmente? *Revista CUIDARTE* 2014; 5(2): 723-30.

Pastoral da Criança. Estatuto da Pastoral da Criança. Artigo 2º. 1995. [acesso em 19 mar2017]. Disponível em: <https://wiki.pastoraldacrianca.org.br/EstatutoPastoralCrianca>

Pastoral da Criança. Sistema de Informação. Dados referentes ao 3º trimestre 2016. Disponível em: <https://nsi.pastoraldacrianca.org.br>

Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinôco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Revista de Nutrição, Campinas* 2002; 15(1):29-35.

Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro* 2010; 20(4): 1293-1305.

Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife* 2004; 4(1):85-94.

Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad.Saúde Pública* 2011; Rio de Janeiro, 27(11):2253-2262.

Saleh F, Ara F, Hoque MA, Alam MS. Complementary feeding practices among mothers in selected slums of Dhaka City: a descriptive study. *Journal Health Population Nutrition* 2014; 32(1):89-96.

Shafei AMHE, Labib JR. Determinants of exclusive breastfeeding and introduction of complementary foods in rural egyptian communities. *Global Journal of Health Science* 2014; Vol.6, No.4.

Shams N, Mostafavi F, Hassanzadeh A. Determinants of complementary feeding practices among mothers of 6-24 months failure to thrive children based on behavioral analysis phase of PRECED model, Tehran. *Journal of Education and Health Promotion* 2016.

Shimabukuro EE, Oliveira MN, Taddei JAAC. Conhecimento de educadores de creches sobre alimentação infantil. *Revista Paulista de Pediatria* 2008; 26(3):231-7.

Silva IS. *Cancer Epidemiology: principles and methods*. Lyon, France, World Health Organization and International Agency for research on cancer 1999; Chapter 10: cross-sectional surveys, pages 213-29.

Sisay W, Edris M, Tariku A. Determinants of timely initiation of complementary feeding among mothers with children aged 6-23 months in Lalibela District, Northeast Ethiopia, 2015. *BMC Public Health* 2016; 16, p. 884.

Souza JPO, Prudente AM, Silva DA, Pereira LA, Rinaldi AEM. Avaliação do conhecimento de funcionárias de escolas municipais de educação infantil sobre aleitamento materno e alimentação complementar.



Revista Paulista de Pediatria 2013; 31(4):480-7.

Stuebe AM, Bonuck K. What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 2011; 6(6), pp. 413–420.

Tadele N, Habta F, Akmel D, Deges E. Knowledge, attitude and practice towards exclusive breastfeeding among lactating mothers in Mizan Aman town, Southwestern Ethiopia: descriptive cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 2016; 11:3.

Tamim H, Ghandour LA, Shamsedine L, Charafeddine L, Nasser F, Khalil Y, Nabulsi M. Adaptation and validation of the arabic version of the infant breastfeeding knowledge questionnaire among lebanese women. *Journal of Human Lactation* 2016; Vol.32(4) 682-688.

Tariku A, Biks GA, Wassie MM, Gebeyehu A, Getie AA. Factors associated with prelacteal feeding in the rural population of northwest Ethiopia: a community cross-sectional study. *International breastfeeding journal* 2016; 11, p. 14.

Teka B, Assefa H, Hailelassie K. Prevalence and determinants factors of exclusive breastfeeding practices among mothers in Enderta woreda, Tigray, North Ethiopia: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 2015; 10:2.

Tewabe T. Timely initiation of breastfeeding and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara regional state, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16:314.

Uchendu UO, Ikefuna, AN, Emodi IJ. Exclusive breastfeeding: the relationship between maternal perception and practice. *Nigerian journal of clinical practice* 2009; 12(4), pp. 403–406.

Unicef. From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. Part I: Focus on breastfeeding: Unicef 2016.

Valezin DF, Ballesterio E, Aparecido JC, Ribeiro JF, Marinho PCM, Costa LFB. Instrumento educativo sobre alimentação de lactentes - baseado nas necessidades de conhecimento das mães. *Rev. Inst. Ciência Saúde* 2009; 27(1):11-7.

Victora, CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS and Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet* 2008; 371(9609), pp. 340–357.

Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet. Global health* 2015; 3(4), pp. e199–205.

Volpato SE, Braun A, Pegorim RM, Ferreira DC, Beduschi CS, Souza KM. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período de pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2009; Vol. 38, nº 1.

Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)- A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. J Biomed Inform [Internet]. 2009;42(2):377–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>

## **10. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

### 1. Organização do estudo

Este estudo, denominado **Avaliação do Conhecimento Materno em Alimentação Infantil**, foi conduzido na cidade de São Luís, MA. A fim de facilitar o entendimento por parte das famílias, bem como o acesso a elas, localmente este estudo foi chamado de “**Estudo sobre a Saúde das Crianças de São Luís**”. Este nome constava em todo o material impresso e foi estampado nas camisetas das entrevistadoras.

Este estudo foi coordenado por mim, Paula Pizzatto, com o suporte técnico do meu orientador (Juraci A. Cesar) e da coorientadora (Caroline C. Dalabona).

A sua execução se deu de acordo com as seguintes etapas:

- a) Preparação e impressão do questionário;
- b) Elaboração do manual de instruções;
- c) Programação da versão eletrônica do questionário no RedCap®;
- d) Reunião com a coordenação local da Pastoral da Criança e com professores da UFMA;
- e) Mapeamento das comunidades onde as crianças seriam recrutadas;
- f) Finalização do material impresso para divulgação da pesquisa às famílias;
- g) Aquisição de material para execução da coleta de dados e
- h) Prestação final de contas dos gastos efetuados.

### 2. Instrumentos e manual de instrução

Foi elaborado questionário único buscando informações sobre condições de habitação e saneamento, características socioeconômicas da família, demográficas, hábitos de vida e comportamento materno. Sobre a criança, foi investigado desde o início da gestação até a dieta das últimas 24 horas. Ênfase foi dada à investigação de aspectos relacionados ao conhecimento materno em alimentação infantil, com destaque para o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar a este. Além disso, as crianças eram pesadas e medidas utilizando balanças e antropômetros portáteis.

Este questionário era aplicado à mãe, de preferência, ou à pessoa responsável pela guarda da criança no seu domicílio.

### 3. Seleção e treinamento de entrevistadoras

O treinamento das entrevistadoras foi realizado em dois momentos. O primeiro, com o questionário na versão em papel, ocorreu entre os dias 20 e 27 de julho de 2017 com carga horária de 35 horas. Foi feito o reconhecimento do questionário através de leitura das questões, ajustes de linguagem quando necessário e simulação de entrevista em duplas. Houve ainda simulação de entrevista perante o grupo. Ao final desta atividade, foram dirimidas as dúvidas quanto à aplicação do questionário e, em seguida realizado o estudo piloto. Esta etapa foi feita na comunidade, ocasião em que cada entrevistadora realizou pelo menos uma entrevista completa no período da tarde. Além disso, as entrevistadoras foram levadas a uma creche para treinar a obtenção do peso e do comprimento de crianças. Por fim, no último dia do treinamento, foram esclarecidas todas as dúvidas quanto à aplicação do questionário, obtenção das medidas antropométricas e realizadas as alterações que se mostraram necessárias quanto ao enunciado e sequência das questões.

O segundo momento do treinamento aconteceu no mês seguinte, dias 11 a 15 de agosto, com carga horária de 15 horas. Nesta ocasião, foi finalizada a apresentação e manuseio do questionário eletrônico nos *tablets* com o programa RedCap®. Novamente foram treinadas as medições de peso e comprimento, agora em duplicata.

Ao final desta etapa, a partir da observação da assiduidade, compreensão do questionário, desempenho nas entrevistas, manuseio dos *tablets*, oito das nove candidatas foram contratadas. Duas outras alunas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFMA, indicadas por professores, foram contratadas para atuar como supervisoras do trabalho de campo.

#### **4. Mapeamento e amostragem**

No município de São Luís do Maranhão, existem 53 comunidades que possuem famílias acompanhadas pelos líderes da Pastoral da Criança. Foram incluídas na pesquisa as comunidades que já haviam iniciado a ação do Acompanhamento Nutricional IMC/idade (6 comunidades), e aquelas que iriam iniciar esta ação até outubro de 2017 (14 comunidades).

Primeiramente, a área a ser estudada foi criada cruzando a informação do ponto de GPS das comunidades (latitude e longitude) com a delimitação do setor censitário no mapa online do *Google maps*. A equipe da pesquisa visitou cada domicílio desta área em busca de crianças menores de um ano para fazer a entrevista até completar 750 entrevistas. Este era o número mínimo desejado para constituição do grupo intervenção, ou seja, sob ação dos líderes da PC.

## 5. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado entre os dias 16 de agosto de 2017 e 18 de outubro de 2017. Nas duas semanas seguintes foram realizados alguns retornos para resolver pendências relativas a mães ausentes no período de coleta e outras dúvidas decorrentes da aplicação do questionário.

A coleta de dados foi realizada de segunda à sexta-feira, na maioria das vezes das 13h às 19h. Em diversas situações houve necessidade de agendar horário para entrevistas com as mães em horários diferentes deste informado.

Foram constituídas duas equipes, com quatro entrevistadoras e uma supervisora cada. O deslocamento se deu por condução própria das entrevistadoras, ou eventualmente de ônibus. Toda equipe portava uma camiseta com o nome do estudo e crachá, além disso, carregavam consigo uma bolsa com todo o material obrigatório para o trabalho de campo: *tablets* com carregador, manual de instrução, *folders*, folha para recordatório alimentar e portfólio de medidas caseiras, termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), balança, além de questionários de papel para algum imprevisto do *tablet* não funcionar. A supervisora, além de permanecer o tempo todo na comunidade e acompanhar alguns minutos da realização das entrevistas, auxiliava no transporte dos antropômetros e na obtenção das medidas antropométricas.

Há de se destacar que era feito contato prévio com os agentes comunitários de saúde ou os líderes da Pastoral da Criança, a fim de que atuassem como facilitadores no acesso da equipe de pesquisa às comunidades e, sobretudo nos domicílios.

As entrevistadoras possuíam um diário de campo onde anotavam o endereço, nome da mãe, idade e outras informações importantes sobre as entrevistas que fizeram. As supervisoras tinham consigo tabelas onde registravam todas as entrevistas feitas no dia com o nome das entrevistadoras, endereços, para qualquer necessidade de confirmação dos dados, assim como as pendências (casas que identificavam que havia bebês e não tinha ninguém no momento) e recusas.

Ao final de cada dia, as entrevistadoras, dos seus domicílios, conectavam os *tablets* na internet e faziam o envio dos dados através do RedCap®. As supervisoras conferiam se todas as perguntas foram remetidas por completo para o servidor da Pastoral da Criança ([redcap.pastoraldacrianca.org.br](http://redcap.pastoraldacrianca.org.br)). Caso parte do questionário não chegasse ao servidor, por flutuação do sinal de internet, era necessário enviar os dados das entrevistas novamente. Houve

algumas situações que o envio não foi completo e os dados tiveram que ser digitados pelas supervisoras diretamente no servidor.

Como coordenadora, fiquei responsável pela conferência do controle de qualidade dos dados (ferramenta *data quality* do RedCap®) e sempre que detectava dados inesperados ou faltantes, entrava em contato diretamente com as entrevistadoras para preencher ou checar determinada informação.

Diariamente era feito cópia de segurança RedCap® por meio do recurso MySQL. Ao final da coleta e o retorno às pendências, os bancos foram reunidos em um único arquivo e enviado para leitura e análise no pacote estatístico Stata14® para as análises preliminar e final dos dados.

### **5.1 Controle de qualidade**

Foi contratada uma pessoa para realizar o controle de qualidade quanto à aplicação do questionário. Isto foi feito por telefone. Desta forma, 10% das entrevistas foram parcialmente refeitas. Para um total de 15 variáveis, o índice Kappa de concordância variou de 0,63 a 0,97.

## **6. Números gerais da pesquisa**

Foram visitados 769 mães ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade. Deste total, 07 mães, mesmo após retorno em diferentes horários, não foram encontradas e quatro se recusaram a participar do estudo. Assim, o denominador deste estudo foi constituído por 758 crianças menores de 1 ano, o que representa taxa de respondentes da ordem de 98,6% (ou perdas de 1,4%).

## **7. Aspectos éticos**

Este projeto de pesquisa faz parte de uma pesquisa mais ampla conduzida pela coordenação nacional da Pastoral da Criança, intitulada “Avaliação do impacto do acompanhamento nutricional da Pastoral da Criança sobre o estado nutricional infantil: um estudo quase experimental de base comunitária”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob o parecer Nº 95/2017, processo 23116.004589/2017-70. Todas as mães ou responsáveis pelos menores de um ano assinaram duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido. Um destes termos ficou de posse da mãe e o outro foi arquivado na Pastoral da Criança em Curitiba.

## **8. Orçamento**

Esta pesquisa foi financiada integralmente pela Pastoral da Criança. O custo total dessa primeira etapa (*baseline*) foi de R\$ 80.305,82. A maior parte deste montante foi utilizada para pagamento de pessoal (supervisoras e entrevistadoras), seguida por gasto com transporte e passagem aérea da coordenadora deste estudo de Curitiba a São Luís. Os demais gastos foram utilizados com equipamentos (*tablets* e balanças) e material de consumo (camisetas, folders, questionários impressos, etc).

## **9. Apoio**

A execução desta etapa da pesquisa teve apoio logístico e organizacional do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), da Coordenação da Estratégia em Saúde da Família de São Luís da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís e da Coordenações Estadual e Diocesana da Pastoral da Criança.



## **11. ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL**

A ideia inicial do estudo era comparar o conhecimento entre mães de comunidades visitadas e não visitadas pelos líderes da Pastoral da Criança (LPC). O estimado era coletar dados em 10 comunidades com Pastoral da Criança (PC) e 10 comunidades sem a PC para estabelecer um grupo controle.

No entanto, a coleta de dados teve início pelas comunidades onde havia a visitação dos LPC e percebeu-se que o número de famílias com bebês menores de um ano que de fato recebiam essa visitação era menor do que o esperado. Dessa forma, o total de bebês não visitados pelos LPC seria muito superior ao desejado para ser possível comparar os resultados do conhecimento entre as mães visitadas e não visitadas por eles. Por esse motivo, a coleta de dados foi remanejada, exclusivamente para as comunidades onde havia a visitação dos LPC, e ao final, obteve-se dados referentes a 20 comunidades com acompanhamento da PC. Como consequência, o resultado possível de ser atingido foi o levantamento do conhecimento das mães encontradas nestas comunidades, sem um grupo comparativo.

## **12. NORMAS DA REVISTA A QUAL O ARTIGO SERÁ SUBMETIDO**

### Instruções aos autores

#### Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Os trabalhos são publicados em português e em inglês. No caso de aceitação do trabalho para publicação, solicitamos que os manuscritos escritos em português sejam remetidos também em inglês. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas.

#### Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons sendo possível cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

#### Aspectos Éticos

##### 1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o sistema Ithenticate para identificação de plágio.

##### 2. Conflito de interesses

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

#### Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2

os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

### **Seções da Revista**

**Editorial:** escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo.

**Revisão:** avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

**Artigos Originais:** divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

### **Notas**

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

### **Forma de preparação de manuscritos**

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

## Estrutura do manuscrito

**Identificação:** título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

**Resumos:** deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição, Discussão. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados, Conclusões. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

**Palavras-chave:** para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Ilustrações:** as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

**Agradecimentos** à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

**Referências:** devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

**Artigo de revista:** Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. *J Phys Act Health*. 2014; 11 (2): 375-83.

**Livro:** Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system*. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

**Editor, Organizador, Compilador:** Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**Capítulo de livro:** Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs*. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

**Congresso considerado no todo:** Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

**Trabalho apresentado em eventos:** Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92*. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep

6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

**Dissertação e Tese:** Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

**Documento em formato eletrônico – Artigo de revista:** Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf).

### **Envio de manuscritos**

A submissão on line é feita, exclusivamente, através do Sistema de gerenciamento de artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

### **Disponibilidade da RBSMI**

A revista é open and free access, não havendo portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e download, bem como para copia e disseminação com propósitos educacionais.

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva Rua dos Coelho, 300 Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550. Tel/Fax: +55 +81 2122.4141.

E-mail: [revista@imip.org.br](mailto:revista@imip.org.br) Site: [www.imip.org.br/rbsmi](http://www.imip.org.br/rbsmi)

## **13. ARTIGO**



**CONHECIMENTO MATERNO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL EM  
SÃO LUÍS DO MARANHÃO**

**Paula Pizzatto<sup>1,2</sup>**

**Caroline C. Dallabona<sup>1</sup>**

**Nelson A. Neumann<sup>1</sup>**

**Juraci A. Cesar<sup>2</sup>**

**Artigo a ser submetido a  
Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**

<sup>1</sup> **Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, Curitiba, PR.**

<sup>2</sup> **Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do  
Rio Grande (FURG)**

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o conhecimento em alimentação infantil sobre aleitamento materno e introdução da alimentação complementar entre mães de menores de um ano em São Luís, MA.

**Métodos:** Estudo transversal com aplicação de questionário único, padronizado por entrevistadoras previamente treinadas, que visitaram todos os domicílios de 20 comunidades escolhidas por conveniência em São Luís, MA. Este questionário buscava informações socioeconômicas, demográficas, assistência recebida durante a gestação, e questões sobre conhecimento em alimentação infantil. A análise consistiu da montagem de escores do conhecimento materno, listagem de frequências e da obtenção de medidas de tendência central e de dispersão.

**Resultados:** dentre as 758 mães entrevistadas, 41,5% apresentaram conhecimento satisfatório. A média do escore específico da introdução alimentar foi 10,0% mais baixa do que a do aleitamento materno. Os benefícios da amamentação para os bebês são mais conhecidos do que as vantagens que esta confere às mães. Os piores desempenhos observados estiveram relacionados ao preparo de papas (14,5%), limite de idade para evitar a oferta de alimentos ultraprocessados (31,9%) e tempo ideal da amamentação (44,9%).

**Conclusões:** é elevada a proporção de mães que desconhece ensinamentos básicos sobre alimentação infantil. Isto pode levar à redução do tempo de aleitamento exclusivo, aumentar as taxas de introdução inadequada de alimentos e bebidas, além de favorecer o desmame precoce.

**Palavras-chave:** conhecimento, mães, aleitamento materno, nutrição da criança.

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) e a introdução da alimentação complementar (AC) fazem parte dos primeiros mil dias de vida, que compreende desde o início da gestação até o segundo ano de vida. Este período é conhecido como "janela de oportunidades" porque tanto as intercorrências tidas como os cuidados oferecidos podem repercutir pelo resto da vida.<sup>[1]</sup>

O conhecimento materno (CM) pode influenciar positivamente tanto nas práticas de amamentação<sup>[2,3,4,5]</sup>, quanto nas práticas relacionadas à introdução da alimentação complementar.<sup>[6,7]</sup> Na Etiópia, mães com menos conhecimento sobre alimentação infantil ofertavam mais líquidos que não o leite materno nos três primeiros dias de vida em relação às demais mães.<sup>[6]</sup>

É amplamente sabido que a decisão em amamentar depende do contexto social que a mãe e a criança estão inseridos.<sup>[8,9,10,11,12]</sup> Este contexto envolve, além de crenças e costumes locais, experiências com outros filhos, estilo de vida, influência de familiares próximos e a participação em grupos de apoio, os quais visam esclarecer dúvidas sobre fatores limitantes à prática do AM.<sup>[13]</sup> Além disso, conta muito para a determinação do padrão de aleitamento e de introdução alimentar à criança, o conhecimento adquirido pelas mães junto aos profissionais de saúde. Estes saberes podem levar à mudança tanto na atitude quanto no comportamento, resultando em uma prática alimentar mais adequada.<sup>[3,4,11]</sup>

Embora os benefícios da amamentação tanto para a mãe quanto para o bebê estejam bem estabelecidos, a mediana de aleitamento materno exclusivo (AME) nas capitais brasileiras está ainda muito aquém do desejado, alcançando apenas 1,8 meses.<sup>[14]</sup> Mais grave ainda é que a taxa de AME vem caindo. Entre 2006 e 2013, para bebês com idade entre de 0 a 2 meses e de 3 a 5 meses, a queda foi de 0,3 e 15,1 pontos percentuais, respectivamente. A prevalência de AME entre bebês menores de seis meses foi de 36,6% em 2013.<sup>[15]</sup> Isto é preocupante.

Aos seis meses de idade, o LM não é mais suficiente para suprir as demandas de energia e nutrientes, revelando a necessidade de introdução da alimentação complementar. Esta deve ser feita de maneira gradual, adequada em consistência, qualidade, variedade, quantidade, e respeitando o apetite da criança.<sup>[17]</sup> São escassas pesquisas que avaliaram o CM sobre a introdução da AC. Estudo brasileiro conduzido em 2008 mostrou que menos de 43,0% das mães responderam corretamente qual a idade de introdução de líquidos, frutas e alimentos sólidos para os bebês.<sup>[17]</sup>

O presente estudo teve por objetivo descrever o conhecimento para diferentes aspectos relacionados ao aleitamento materno e à introdução da alimentação complementar entre mães de menores de um ano residentes na periferia de São Luís, MA.

## MÉTODOS

Este estudo faz parte de uma avaliação mais ampla conduzida pela Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, cujo objetivo principal é medir o impacto da sua ação de Acompanhamento Nutricional sobre o crescimento infantil.

As informações apresentadas no presente artigo são originárias do estudo de linha de base desta pesquisa, as quais foram coletadas entre os meses de agosto e novembro de 2017 em São Luís, MA. À época, este município contava com cerca de 1,1 milhão de habitantes (IBGE, 2010), a taxa de mortalidade infantil de 17 por 1000 nascidos vivos<sup>[18]</sup> e cobertura da Estratégia de Saúde da família de 34,5%.<sup>[19]</sup>

A população alvo deste estudo foi constituída por mães ou responsáveis por menores de um ano residentes em São Luís. O delineamento utilizado foi do tipo transversal, com as mães sendo entrevistadas uma única vez em seu domicílio. As unidades amostrais foram definidas com base nos setores censitários do IBGE localizados em áreas (comunidades) de cobertura da Pastoral da Criança. Assim, foram definidas 53 comunidades, sendo que 20 foram escolhidas por conveniência para entrar no estudo. Nestas comunidades, todos os domicílios foram visitados em busca de mães cujo filho tivesse até 11,9 meses de idade.

Utilizou-se questionário único padronizado, que buscou informações sobre características demográficas, socioeconômicas, condições de moradia, vida reprodutiva, assistência durante a gestação e o parto, além das questões relacionadas ao conhecimento materno em alimentação infantil. Estas abordaram a definição e duração do aleitamento materno exclusivo (AME), técnicas adequadas de amamentação, vantagens da amamentação para a mãe e para o bebê, idade de início de introdução da alimentação complementar (AC) e preparação de papas (consistência, quantidade, diversidade e qualidade). A cada pergunta deste bloco, a mãe ou responsável respondia às perguntas mostrando à entrevistadora uma das três pequenas placas entregues a ela previamente, que consistia no seguinte: a primeira identificava a resposta "sim" (verde), outra a resposta "não" (vermelha) e a terceira, um ponto de interrogação, indicando resposta "não sei".

O desfecho do estudo foi constituído pelo conhecimento materno em alimentação infantil, o qual foi analisado de duas maneiras: a primeira, por meio do escore do conhecimento materno total, o qual foi calculado atribuindo-se maior peso (3 pontos) para as seis questões relacionadas ao AM referentes às recomendações do MS: definição (duas perguntas) e duração do AME, oferecimento do colostro, amamentação em livre demanda, tempo de amamentação ideal - dois anos ou mais e, menor peso (1 ponto), para àquelas relacionadas às características

do LM, boa pega, orientações gerais da amamentação e seus benefícios para a mãe e para o bebê (Figura 1). Quanto às informações referentes à AC, somou-se maior pontuação à nove questões: idade para iniciar a introdução, hidratação, quantidade, variedade, idade para evitar alimentos ultraprocessados, preparo de papas - consistência, adição de sal e açúcar (Figura 2). Com 34 questões, o escore total poderia variar de 0 a 64 pontos. Considerou-se conhecimento satisfatório o escore superior a 70% de acertos. Além disso, foi criado um escore específico para AM e outro para a introdução da AC a fim de comparar as médias. A segunda maneira pela qual os resultados foram avaliados, foi de acordo com o percentual de acertos de cada pergunta, atribuindo-se um ponto para cada resposta correta e 0 (zero) para as respostas incorretas e respostas "não sei", sendo o total da pontuação convertido em porcentagem. A definição das respostas corretas e incorretas foi baseada nas recomendações e orientações do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos e do Manual de Orientação do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria [16,20].

A equipe deste estudo foi constituída por uma coordenadora geral (PP), duas supervisoras e oito entrevistadoras. Estes dois últimos grupos receberam treinamento durante cinco dias, o qual consistiu de leitura do questionário e do manual de instruções, aplicação do instrumento em duplas e simulação de entrevistas perante os demais participantes. No último dia foi realizado o estudo piloto em comunidade não incluída no estudo.

Foram formadas duas equipes, sendo, cada uma delas, designada a cobrir um grupo distinto de comunidades previamente mapeadas e numeradas. Lá chegando, as entrevistadoras eram distribuídas em ruas, becos, vielas, devendo visitar todos os domicílios e perguntar se ali residiam crianças menores de um ano de idade. Isto era feito até completar a área geográfica que lhe havia sido atribuída. Encontrando alguma criança nesta faixa etária, explicava-se à mãe (ou responsável pela sua guarda) sobre o estudo, ocasião em que era convidada para dele participar. Em aceitando, duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido lhe eram fornecidas para assinatura. Um destes termos ficava em sua posse, enquanto o outro era arquivado na sede do projeto. Somente depois disso é que se realizava a entrevista.

As entrevistas foram realizadas por meio de *tablet* utilizando-se do aplicativo REDCap (*Research Electronic Data Capture*).<sup>[21]</sup> Estes dados eram diariamente enviados via internet para um servidor central, onde eram revisados pelas supervisoras e coordenadora do estudo. As discrepâncias encontradas nos questionários eram imediatamente corrigidas e, se necessário, um novo contato com a entrevistadora era realizado, em geral, por telefone. Todas estas

informações eram acumuladas em um banco para criação de variáveis derivadas e análises subsequentes.

Para o controle de qualidade, 10% das entrevistas foram escolhidas de forma sistemática a cada 100 questionários e parcialmente repetidas por telefone. O objetivo desta etapa era confirmar a aplicação do questionário e comparar respostas. A concordância foi posteriormente avaliada utilizando-se o índice Kappa, que variou de 0,63 a 0,97 para as variáveis: número de pessoas que moram junto na casa e, realização de alguma consulta de pré-natal durante a gravidez, respectivamente.

A análise dos dados constou da listagem de frequência de cada uma das variáveis estudadas e desfecho, obtenção de medidas de tendência central quando cabível.

O projeto de pesquisa, de onde este artigo é originário, “Avaliação do impacto do acompanhamento nutricional da Pastoral da Criança sobre o estado nutricional infantil: um estudo quasi experimental de base comunitária” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Processo 23116.004589/2017-70.

## RESULTADOS

Este estudo identificou 763 mães. Deste total, foi possível entrevistar 758 delas, o que revela taxa de respondentes de 98,2%.

A Tabela 1 mostra que cerca de um quinto das mães eram adolescentes (<19 anos), 70,0% tinha cor da pele parda, 62,0% possuía, pelo menos, o ensino médio completo, 34,6% possuía renda familiar inferior a 1 salário mínimo mensal e 41,2% recebia auxílio do Programa Bolsa Família.

Na Tabela 2 é possível verificar que 98,4% das mães fizeram ao menos uma consulta de pré-natal nesta última gestação e que cerca de dois terços iniciaram estas consultas no primeiro trimestre de gravidez e realizaram seis ou mais delas. Esta mesma tabela mostra que 77,6% das gravidezes não foram planejadas e que 55,6% delas não foram visitadas durante a gestação, nem pelo agente comunitário de saúde nem pelo líder da Pastoral da Criança.

O resultado do escore do CM total variou de 17 a 61 pontos. Obtiveram conhecimento satisfatório (acima de 70% de acertos), 41,5% das mães. Para os escores específicos o CM satisfatório sobre as questões do AM foi de 54,5% e sobre a introdução da AC de 22,1%. A diferença das médias chegou a 10 pontos percentuais superior para os conhecimentos sobre o AM (Tabela 3).

De acordo com a análise dos tópicos, o percentual de acertos variou de 44,2% a 98,8% para as questões do AM e 14,5% a 90,4% para as questões sobre a AC (Figuras 1 e 2). Chama a atenção o fato de que menos da metade das entrevistadas (47,7%) relataram ter ouvido falar em aleitamento materno exclusivo, (48,2%) responderam corretamente sobre sua definição (dar somente o leite do peito e nada mais), assim como a pergunta situacional que questionava a necessidade de oferecer água a bebês de três meses que vivem em locais quentes (44,2%). Proporção parecida (44,9%) definiu corretamente o tempo ideal que crianças devem ser amamentadas (2 anos ou mais). Os benefícios do leite materno para os bebês obtiveram percentual de conhecimento materno superior a 78,0%, porém, souberam que a amamentação contribui para que o corpo da mulher voltasse ao normal mais rápido após o parto, 62,2% das entrevistadas. Um terço das mães (35,0%) relacionaram o choro do bebê à leite materno fraco.

Quase metade das entrevistadas (48,2%) relatou ter recebido alguma orientação sobre como deve ser feita a introdução da AC. Apenas uma dentre as 12 perguntas obteve mais de 90,0% de acertos (bebês não precisam raspar o prato). O menor percentual de conhecimento materno (14,5%) esteve relacionado à forma de preparo das papas de bebês que ainda não tem dentes, que segundo os manuais, não deve ser liquidificada ou passada na peneira. Sobre a



qualidade dos alimentos, 31,9% referiram que produtos ultraprocessados não devem ser oferecidos às crianças até os dois anos de idade (34% delas acreditam que estes alimentos devem ser evitados até 1 ano de idade). No que diz respeito à variedade, pouco mais que a metade (53,0%) identificou o exemplo de refeição que continha um alimento de cada grupo alimentar, sendo que 43,4% optaram pela opção com mais verduras e legumes, sem proteína animal (Figura 2).

## DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a média do escore do conhecimento das mães em São Luís é maior à respeito das informações sobre aleitamento materno do que em relação à introdução da alimentação complementar. Isto pode ser devido à maior divulgação de informações sobre o AME, por meio do serviço de saúde, campanhas, ou pela mídia.<sup>[10]</sup>

Apresentaram conhecimento satisfatório sobre alimentação infantil 41,5% das mães. Separadamente, 54,5% das entrevistadas obtiveram CM satisfatório sobre AM e 22,1% sobre a introdução da AC. Os percentuais das médias dos escores foram calculados a fim de comparar com os demais estudos, devido aos diferentes pontos de corte para a determinação do escore do conhecimento. Obteve-se neste estudo 71,1% para o AM, semelhante a alguns estudos, 69,7%, 71,2%,<sup>[22,23]</sup> inferior, 56,7%, 58,5%,<sup>[2,24]</sup> e superior 82,5%.<sup>[25]</sup> A respeito do escore da introdução da AC, Shams e colaboradores no Iran, encontraram escore de 0,8%, 20,4% e 78,8%, considerado baixo, regular e bom conhecimento respectivamente, com média de 42,8%, inferior a 61,0% encontrada no atual estudo.<sup>[26]</sup>

Quanto aos resultados advindos de cada pergunta, os menores índices de acertos foram relacionados à introdução da AC: quanto à forma de preparo das papas (14,5%) e o limite de idade (2 anos) para evitar o oferecimento de alimentos ultraprocessados às crianças (31,9%). Sobre o aleitamento materno, os menores percentuais de acertos (48,2%, 47,7% e 44,9%) estiveram relacionados à definição de aleitamento materno exclusivo, ter ouvido falar em AME, e tempo ideal da amamentação (até 2 anos ou mais).

Apesar do intenso esforço do Ministério da Saúde desde a década de 1980 em disseminar a importância e os benefícios da amamentação exclusiva para os bebês e mulheres que amamentam, menos da metade (47,7%) das entrevistadas neste estudo, relataram ter ouvido falar em AME. Quase a mesma proporção (48,2%) souberam a sua correta definição (porém, 11,0% acreditavam que outros líquidos como água, leites ou sucos podem ser oferecidos a bebês em amamentação exclusiva). Em se tratando da definição do AME, este foi a menor percentual de acertos já encontrado quando comparado a outros estudos, cujas prevalências variaram de 66,1% a 85,6%.<sup>[24,2,4,22,27]</sup> A pergunta situacional, sobre a necessidade de oferecer água a bebês de três meses que vivem em locais quentes, (como é o caso de São Luís) foi incluída no estudo a fim de reforçar essa investigação, e também por já ter sido evidenciado que a introdução precoce de água em crianças do nordeste foi de 13,6%, quase 5 vezes maior que na região sul.<sup>[14]</sup> Esta resposta obteve 44,2% de acertos, percentual similar ao encontrado por Nguyen no Vietnam (47,6%), e consideravelmente menor que o relatado por Gewa no Quênia (88,0%).<sup>[7,4]</sup>

Todavia, quando feita a pergunta sobre a duração do AME, a qual explicava o seu significado ("*Quanto tempo os bebês devem mamar só no peito, sem receber nem mesmo água?*") a resposta correta (até 6 meses) apareceu para 85,1% das entrevistadas. Ou seja, possivelmente existe dificuldade no entendimento da palavra "exclusivo", tendo em vista o aumento das respostas corretas quando detalhada. Ainda relacionado ao tema, quando perguntado sobre a idade que o bebê precisa começar a receber papinhas, três quartos das mães responderam corretamente. Tais prevalências sobre a duração do AME foram semelhantes aos achados de alguns estudos,<sup>[4,22]</sup> porém maiores que outros, as quais variaram de 30,6% a 69,4%.<sup>[24,27,28,29]</sup> O desconhecimento sobre amamentação exclusiva foi descrito em pelo menos cinco estudos brasileiros.<sup>[5,11,17,10]</sup> Como exemplo, cerca de 30,0% das nutrizes entrevistadas por Campos e colaboradores relataram que seus filhos estavam em AME, quando na verdade estes já haviam recebido outros líquidos.<sup>[11]</sup>

O MS preconiza que seja oferecido ao bebê LM em livre demanda durante a amamentação exclusiva, ou seja, sempre que ele requisitar. Similar aos achados de Leshi e colaboradores na Nigéria, cerca de 73,2% das mães entrevistadas conheciam a orientação de oferecer o peito em livre demanda.<sup>[24]</sup> A população estudada por Gewa e colaboradores obteve 90,0% de acertos para esta questão.<sup>[4]</sup>

Investigou-se no presente estudo o conhecimento sobre a técnica de amamentação da "boa pega", a qual, quando feita adequadamente, evita que o bico do seio seja machucado, sofra rachadura, e provoque dor à mãe, o que, por sua vez, pode levar à desistência da amamentação. Além do mais, a boa pega proporciona melhor sucção do leite pelo bebê. Curiosamente, as mães demonstraram maior conhecimento quando perguntado sobre os benefícios que a técnica confere aos bebês (92,6%) do que sobre as vantagens em relação à proteção do seio materno (84,7%). Outras duas pesquisas que estudaram o tema encontraram prevalências de CM inferiores a estas, 73,7% e 64,0%.<sup>[24,23]</sup>

O conhecimento de que o LM é o alimento mais completo para os bebês (superior a outros leites inclusive às fórmulas infantis) e também os benefícios que a amamentação confere aos bebês, apresentaram altos percentuais de acertos (entre 78,6% a 98,8%). Já, quando tratou-se das vantagens para as mulheres, 62,2% souberam que o corpo da mãe que amamenta volta ao normal mais rapidamente, e 74,9%, que este ato as protege contra alguns tipos de câncer. Contudo, este resultado foi consideravelmente maior do que o encontrado na Nigéria para proteção de câncer, de 35,5%.<sup>[2]</sup> No Quênia, essa diferença não foi tão pronunciada, 65,0% souberam das vantagens da amamentação exclusiva para os bebês e 61,0% das vantagens para

as mães.<sup>[4]</sup> Outros três estudos brasileiros mostraram menor CM sobre as vantagens conferidas pela amamentação às mães.<sup>[8,9,10]</sup> Estes dados indicam que no Brasil ênfase maior pode estar sendo dada aos benefícios da amamentação para os bebês, uma vez que, enfatizar as vantagens para as puérperas desde o pré-natal e continuando no pós parto, pode ser um fator importante para contribuir com a adesão à amamentação<sup>[8]</sup>.

Uma em cada três mães interrogadas neste estudo associou o choro do bebê a ocorrência de leite fraco, prevalência superior aos 15,2% encontrada por Boff e colaboradores.<sup>[25]</sup> O fato da mulher achar que seu leite é fraco e que, por isso, seu filho possa não estar ganhando peso adequadamente, é uma justificativa comum para a interrupção do AME e introdução precoce de outros tipos de leite ou alimentos.<sup>[4,5,9,30]</sup>

A respeito do aleitamento prolongado, quase 80,0% das mães souberam que o LM ainda traz benefícios ao bebê a partir dos 12 meses, entretanto, apenas metade relatou que o AM deve ser continuado até pelo menos dois anos de idade como recomenda o MS. Esta resposta pode ter sofrido influência de situações vivenciadas na vida real, o que levaria, por necessidade de retorno ao trabalho, ou por conselhos recebidos de familiares ou mesmo por orientação médica, mães introduzirem outros tipos de leite aos bebês, complementares ou não ao AM antes de o bebê completar dois anos de idade.<sup>[28]</sup>

Apesar da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o MS desaconselharem a oferta de leite de vaca (LV) para crianças de até um ano de idade,<sup>[21]</sup> pesquisa brasileira conduzidas por Caetano e colaboradores mostraram que este hábito é frequente e elevado e, além disso, esse consumo lácteo vem acrescentado de açúcar, cereais e achocolatados o que pode predispor à obesidade infantil.<sup>[30]</sup> O presente estudo corrobora com esta situação por demonstrar que quase 40,0% das mães acreditam ser necessário introduzir outro tipo de leite a bebês de oito meses que já se alimentam e ainda mamam. Esta crença pode ser justificada pela preocupação excessiva dos responsáveis para que seu filho(a) fique forte e ganhe peso, ou ainda, pelo fato de que preparar uma mamadeira de leite com algum cereal ou suplemento seja mais rápido e prático do que preparar uma refeição.

O CM mais deficitário a respeito da introdução da AC, (14,5%) foi quanto à forma de preparo da papinha para bebês que ainda não tem dentes. Segundo manuais do MS os alimentos devem ter consistência em forma de purê desde o princípio, para estimular a mastigação e desenvolvimento dos músculos faciais, para tanto, devem ser amassados com o garfo.<sup>[16]</sup> Outro aspecto importante sobre a consistência, foi que cerca de 27,0% das respondentes acreditam que frutas devam ser ofertadas inicialmente na forma de suco. Recorda-se que esta já foi uma

orientação para introdução alimentar, a qual sofreu modificações, pois além do prejuízo no processo da mastigação já comentado, a adição de água faz com que os sucos tenham aporte energético reduzido comparando-se às papas de fruta. Ademais, foi identificado que a quase totalidade das mães (96,3%) considera que sucos naturais são saudáveis para crianças. Sobre isso, vale ressaltar que apesar de serem bebidas saudáveis, a ingestão por crianças deve ser limitada (100ml para bebês a partir de 6 meses e 150ml para pré escolares), e se possível evitada, priorizando a oferta das frutas in natura.<sup>[20]</sup> Positivamente, mães que consideraram sucos de frutas artificiais (em pó ou de caixinha) saudáveis para as crianças alcançou apenas 3,2%.

Uma das perguntas sobre a introdução da AC tratava da variedade alimentar. A mãe deveria escolher uma das 3 opções que julgasse ser a mais completa para uma criança de um ano e justificar sua resposta. Pouco mais da metade das mães (53,0%) identificaram a opção de refeição que continha um alimento de cada grupo alimentar incluindo a carne, e 42,4% optaram pela refeição que continha mais vegetais, sem proteína animal. Dentre as principais razões levantadas destacaram-se: ser a opção mais indicada, saudável, nutritiva (44,2%); ser a opção mais leve, ter mais verduras ou legumes (43,4%); conter os alimentos mais ricos em ferro (23,6%). A respeito deste último ponto, o feijão foi o alimento mais citado como fonte de ferro, seguido pela carne e pela beterraba. Ressalta-se que o feijão e a beterraba, contém ferro vegetal, e portanto, possuem baixa biodisponibilidade (absorção e aproveitamento pelo organismo) e por isso, quando ingeridos devem ser acompanhados por alimentos fonte de vitamina C, para auxiliar na absorção. Já, o ferro proveniente de fontes animais (carnes vermelhas, vísceras, aves, dentre outras) é a principal fonte de ferro biodisponível, motivo pelo qual recomenda-se sua inclusão na alimentação diária de crianças para prevenir a anemia.<sup>[16]</sup>

A respeito da qualidade, estudo brasileiro detectou consumo infantil diário (ou ao menos de uma a três vezes por semana), de alimentos não saudáveis como biscoitos, refrigerantes, doces e salgadinhos.<sup>[30]</sup> Procurou-se na atual pesquisa avaliar até quando as mães creem que deva-se evitar oferecer este tipo de alimentos às crianças e, apenas 31,9% referiram após os 2 anos de idade, o que vai ao encontro da recomendação do MS. A mesma proporção acredita que evitar a oferta destes alimentos até um ano de idade está adequado. Tais alimentos são danosos à saúde e quanto mais tarde forem introduzidos à alimentação infantil, de maneira esporádica, melhor.

A média do escore referente ao AM foi 10,0 pontos percentuais maior em relação ao da introdução da AC. Isto pode estar relacionado ao fato de que a maioria das entrevistadas participaram de seis ou mais consultas de pré-natal e as iniciaram desde o primeiro trimestre de

gestação, contexto que pode ter favorecido o recebimento das orientações sobre o AM. Foi visto que nem metade das participantes do estudo (48,2%) foram orientadas sobre a introdução da AC, proporção consideravelmente menor do que o encontrado em Campinas (66,0%) em 2009,<sup>[17]</sup> e destas, 38% receberam a orientação de médicos e profissionais de saúde e 13,2% de familiares ou amigos, o que pode ser um meio de informações equivocadas e desatualizadas. Ressalta-se que tais orientações são fundamentais para a prevenção de desvios nutricionais, principalmente da obesidade infantil que é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontam falhas no conhecimento de mães ou responsáveis sobre amamentação e introdução da alimentação complementar. Isto demonstra que as ações educativas em relação à alimentação infantil podem não estar sendo realizadas à contento em São Luís do Maranhão e necessitam ser intensificadas, principalmente no que se refere à introdução da alimentação complementar, já que foi visto que menos da metade das mães receberam alguma orientação sobre o assunto. Além disso, é extremamente importante que os profissionais de saúde sejam atualizados sobre as atuais recomendações a respeito destes dois tópicos e que trabalhem com as mães nas consultas de pré-natal e puericultura. Paralelamente, a intensificação das visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde e voluntários de organizações não governamentais como a Pastoral da Criança, por serem importantes veículos de informação, contribuiria significativamente em especial às famílias mais vulneráveis.

Os achados são relevantes tanto para mães ou responsáveis pelos cuidados de crianças, assim como para profissionais e serviços que atuam na promoção da saúde materno infantil e educação nutricional. Recomenda-se mais estudos que investiguem o conhecimento materno em outras áreas do país, assim como aqueles que investiguem a influência do conhecimento sobre as práticas alimentares, a fim de servir de subsídio para a elaboração de ações que visem a prevenção do desmame e a introdução de alimentos precoces com intuito de alcançar melhores taxas de aleitamento materno exclusivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Victora, CG, de Onis, M, Hallal OC, Blössner, M, Shrimpton R. Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions. *Pediatrics* 2010;125e473
2. Akinyinka MR, Olatona FA, Oluwole EO. Breastfeeding knowledge and practice among mothers of children under 2 years of age living in a military barrack in southwest Nigeria. *International Journal of MCH and AIDS* 2016; Vol. 5, No 1, 1-13.
3. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr (Rio J)*. 1998;74(5):368-75.
4. Gewa CA, Chepkemboi J. Maternal knowledge, outcome expectancies and normative beliefs as determinants of cessation of exclusive breastfeeding: a cross-sectional study in rural Kenya. *BMC Public Health* 2016; 16:243.
5. Noguera MD, Orellana JJ. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia* 2004; Vol. 55 N<sup>o</sup>. 1. (9-17).
6. Tariku A, Biks GA, Wassie MM, Gebeyehu A, Getie AA. Factors associated with prelacteal feeding in the rural population of northwest Ethiopia: a community cross-sectional study. *International breastfeeding journal* 2016; 11, p. 14.
7. Nguyen PH, Keithly S, Nguyen NT, Nguyen TT, Tran LM, Hajeerhoy N. Prelacteal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors. *BMC Public Health* 2013; 13:932.
8. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Rev Rene*. 2010; v.11, n.2, p.53-62.
9. Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinôco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Revista de Nutrição, Campinas* 2002; 15(1):29-35.
10. Rosa JBS e Delgado SE. Conhecimento de puérperas sobre amamentação e introdução alimentar. *Rev Bras em Promoç Saúde, Fortaleza*, 2017; 30(4): 1-9.
- 11 Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Rev. Latino-AM. Enfermagem*. 2015;23(2):283-90.
12. Vargas S, Rotemberg S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2004; 4(1): 85-94.
13. Uchendu UO, Ikefuna, AN, Emodi IJ. Exclusive breastfeeding: the relationship between maternal perception and practice. *Nigerian journal of clinical practice* 2009; 12(4), pp. 403–406.
14. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde 2009.



15. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*. 2017;51:108.
16. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde 2013.
17. Valezin DF, Ballesterio E, Aparecido JC, Ribeiro JF, Marinho PCM, Costa LFV. Instrumento educativo sobre alimentação de lactentes - baseado nas necessidades de conhecimento das mães. *Rev. Inst. Ciência Saúde* 2009; 27(1):11-7.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico , 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
19. MS/SAS/DAB e IBGE. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica. Acessado em 24.06.2018. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>
20. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Departamento de Nutrologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012.
21. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)-A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* [Internet]. 2009;42(2):377–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
22. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *International Breastfeeding Journal* 2016; 11:12.
23. Tamim H, Ghandour LA, Shamsedine L, Charafeddine L, Nasser F, Khalil Y, Nabulsi M. Adaptation and validation of the arabic version of the infant breastfeeding knowledge questionnaire among lebanese women. *Journal of Human Lactation* 2016; Vol.32(4) 682-688.
24. Leshi O, Samuel FO, Ajakaye MO. Breastfeeding knowledge, attitude and intention among female young adults in Ibadan, Nigeria. *Open Journal of Nursing* 2016; 6, 11-23.
25. Boff ADG, Paniagua LM, Scherer S, Goulart BNG. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. *Audiol Commun Res*. 2015; 20(2):141-5.
26. Shams N, Mostafavi F, Hassanzadeh A. Determinants of complementary feeding practices among mothers of 6-24 months failure to thrive children based on behavioral analysis phase of PRECED model, Tehran. *Journal of Education and Health Promotion* 2016.
27. Ortiz YMB, Navarro CC, Ruiz GG. Lactancia materna exclusiva: La conocen las madres realmente? *Revista CUIDARTE* 2014; 5(2): 723-30.
28. Gyampoh S, Otoo GE, Aryeetey RNO. Child feeding knowledge and practices among women participating in growth monitoring and promotion in Accra, Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:180.
29. Tadele N, Habta F, Akmel D, Deges E. Knowledge, attitude and practice towards exclusive breastfeeding among lactating mothers in Mizan Aman town, Southwestern Ethiopia: descriptive cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 2016; 11:3.

30. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. J Pediatr 2010;86(3):196-201.

**FIGURAS:****Tabela 1** Descrição das características demográficas das mães ou responsáveis de bebês menores de um ano e condições socioeconômicas das famílias. São Luís, MA, 2017 (n=758).

VARIÁVEL	N	%
<b>Sexo do entrevistado</b>		
Feminino	710	93,7
<b>Mãe biológica do bebê</b>		
	709	93,5
<b>Idade da entrevistada (anos)</b>		
Até 19	108	14,2
20 a 24	248	32,7
25 a 29	165	21,8
30 ou mais	237	31,3
Média (desvio padrão)		26,8 (8,1)
<b>Cor da pele auto referida</b>		
Branca	98	12,9
Preta	130	17,2
Parda	530	69,9
<b>Vive com companheiro</b>		
	547	72,2
<b>Religião</b>		
Católica	228	46,0
Evangélica	252	50,8
Outra	16	3,2
<b>Escolaridade (anos completos de estudo)</b>		
Até 8 anos	158	20,9
9 a 11 anos	129	17,1
12 ou mais	469	62,0
Média (desvio padrão)		10,8 (2,5)
<b>Renda familiar do último mês em salários mínimos (n=639)</b>		
Menos de 1	221	34,6
1 a 1,9	223	35,9

2 a 3,9	146	22,8
4 ou mais	49	7,7
Média (desvio padrão)		1,7 (1,6)
<b>Recebe auxílio do Programa Bolsa Família</b>	312	41,2
<b>Exerce trabalho remunerado</b>	155	20,5
<b>Motivo de não estar trabalhando</b>		
Desempregada	127	21,0
Aposentada, encostada, pensionista ou outro	50	8,3
Quer ficar em casa cuidando do filho	384	63,7
Licença maternidade	42	7,0
<b>Água encanada dentro de casa</b>	620	81,8
<b>Procedência da água para beber</b>		
Rede pública	231	30,5
Cisterna, poço, rio, lagoa, açude	192	25,3
Compram água mineral	335	44,2
<b>Casa ligada à rede de esgoto</b>	399	52,6
<b>Sanitário com descarga</b>	548	72,3
<b>Nº de cômodos da casa</b>		
1 a 2	74	9,7
3 a 4	231	30,5
5 a 6	319	42,1
7 ou mais	134	17,7
<b>Nº de cômodos usados para dormir</b>		
1	256	33,8
2	318	41,9
3 ou mais	184	24,3
<b>Casa própria</b>	527	69,5
<b>Casa de tijolo/alvenaria</b>	739	97,5

**Tabela 2.** Características de vida reprodutiva e da utilização de serviços de saúde nesta última gestação. São Luís, MA, 2017 (n=758).

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Mães primigestas</b>	316	41,7
<b>Amamentou anteriormente</b>	386	88,3
<b>Planejou a gestação</b>	170	22,4
<b>Fez alguma consulta de pré-natal</b>	745	98,4
<b>Iniciou consultas no 1º trimestre</b>	470	66,4
<b>Número de consultas de pré-natal</b>		
0 a 5	271	37,4
6 ou mais	454	62,6
<b>Local das consultas de pré-natal</b>		
Posto de saúde	438	59,0
Consultório/hospital particular ou por convênio	142	19,1
Outro	163	22,0
<b>Recebe visitação do agente comunitário de saúde</b>	202	34,0
<b>Recebe visitação do líder da Pastoral da Criança</b>	86	11,4
<b>Local do parto</b>		
Hospital/maternidade pública	673	88,8
Hospital/maternidade particular	73	9,6
Em casa ou outros	12	1,6
<b>Tipo de parto</b>		
Normal/vaginal	397	52,4
Cesariana	361	47,6
<b>Sexo do beb�</b>		
Masculino	387	51,1
Feminino	371	48,9
<b>Idade do beb�</b>		
Menor de 6m	416	56,2
Maior de 6m	324	43,8

<b>Recebeu orientação sobre a introdução da alimentação complementar</b>	365	48,2
<b>De quem recebeu esta orientação</b>		
Médico ou profissional de saúde	285	37,6
Familiares, amigos ou outros	100	13,2

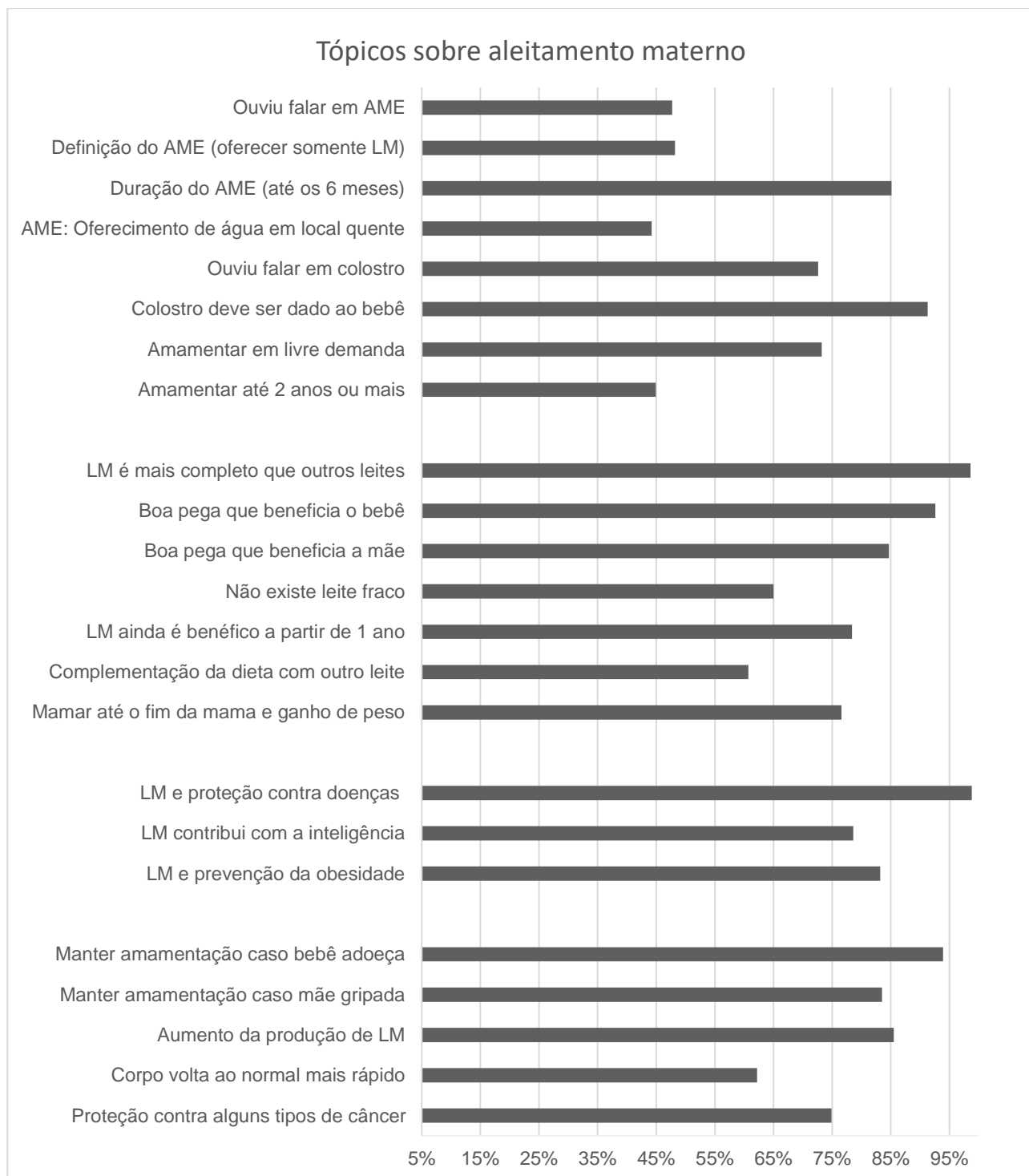
**Tabela 3.** Resultado dos escores do conhecimento materno total e específicos para o aleitamento materno e introdução da alimentação complementar. São Luís, MA, 2017 (n=757).

Escores	N	%	Média (DP)	Média em %
<b>Conhecimento materno total</b>			42,6 (7,6)	66,6
Insatisfatório	443	58,5		
Satisfatório*	314	41,5		
<b>Conhecimento sobre aleitamento materno</b>			24,9 (5,5)	71,1
Insatisfatório	345	45,5		
Satisfatório*	413	54,5		
<b>Conhecimento sobre introdução da alimentação complementar</b>			17,7 (4,2)	61,0
Insatisfatório	590	77,9		
Satisfatório*	167	22,1		

DP: desvio padrão

\*Conhecimento materno satisfatório = >70% de acertos.

**Figura 1.** Conhecimento materno sobre aleitamento materno. São Luís, MA, 2017 (n=758).

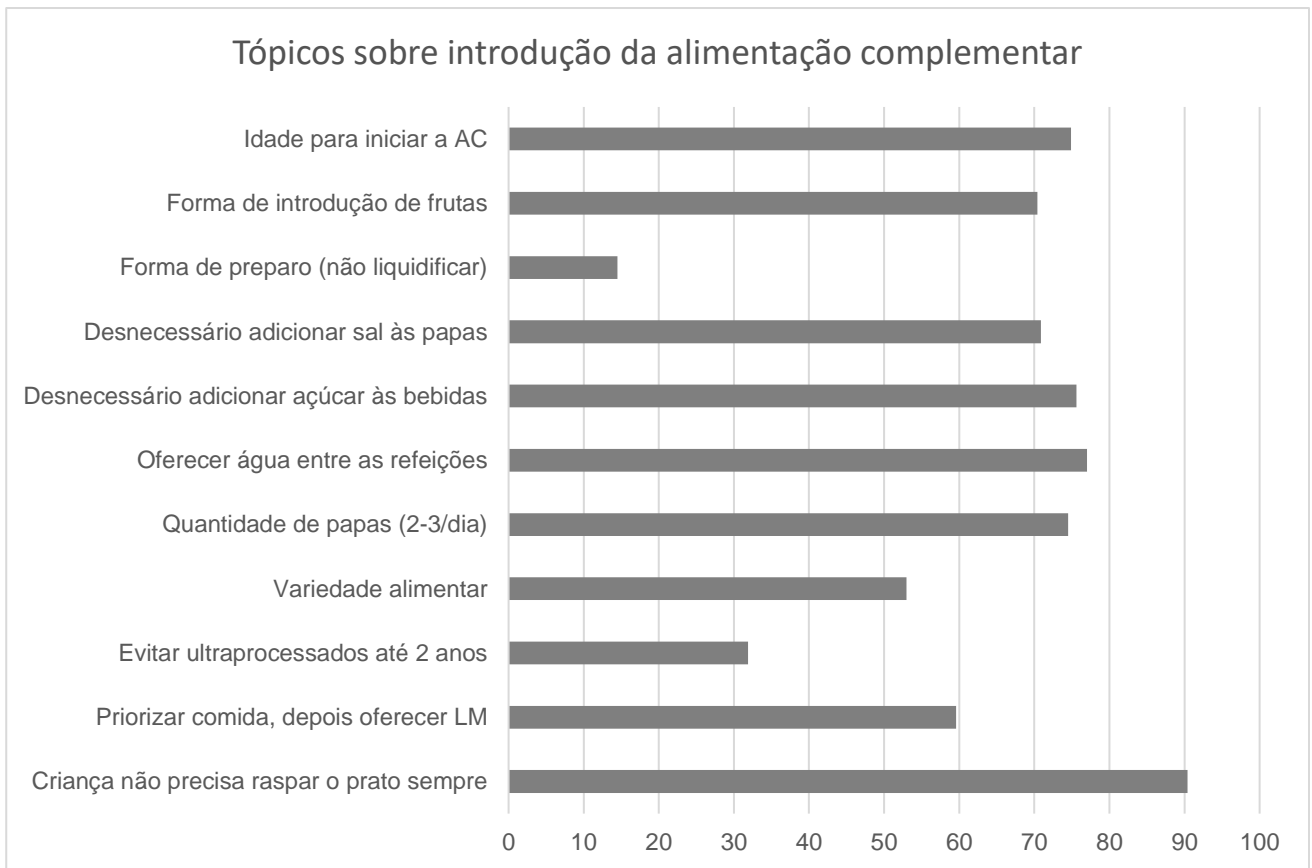


AME: aleitamento materno exclusivo

LM: leite materno



**Figura 2.** Conhecimento materno sobre a introdução da alimentação complementar. São Luís, MA, 2017 (n=758).



AC: alimentação complementar

LM: leite materno

## **14. NOTA À IMPRENSA**

## ESTUDO REALIZADO EM SÃO LUÍS DO MARANHÃO IDENTIFICA FALHAS NO CONHECIMENTO MATERNO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

O aleitamento materno e a fase da introdução da alimentação complementar exigem certos cuidados, mas quando realizados adequadamente, geram benefícios às crianças para o resto da vida.

Estudo desenvolvido pela mestrandia em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande-RS (Furg), Paula Pizzatto, nutricionista da Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, sob orientação do Prof. Juraci A. Cesar, avaliou, no segundo semestre de 2017, o conhecimento de mães de crianças menores de 1 ano sobre alimentação infantil e verificou que algumas questões estão bem esclarecidas e outras não.

Foi visto que menos da metade (41,5%) das 758 entrevistadas apresentaram conhecimento satisfatório em alimentação infantil. Grande parte entende que deve-se dar somente leite materno até os 6 meses de idade (85%), porém, metade delas, não sabe exatamente o que a palavra "exclusivo" significa, gerando dúvidas quando se fala em aleitamento materno exclusivo.

As mães mostraram mais conhecimento a respeito das vantagens da amamentação conferida ao bebê do que à mulher que amamenta. O mito de que existe leite fraco persiste para 35,4% das respondentes.

A média de acertos sobre as questões relacionadas à introdução da alimentação para bebês foi menor do que às referente ao aleitamento materno. Conhecimento baixo sobre a forma de preparo das papas chamou atenção. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as papas devem ser dadas em forma de purê desde o princípio para auxiliar no processo da mastigação e proporcionar calorias ideais. Quase 90% das entrevistadas acreditam que as papas para bebês que ainda não tem dentes precisam ser liquidificadas, e 30% creem que oferecer sucos é preferível às papinhas de frutas.

Notou-se que a presença de carne na refeição não foi considerada indispensável para metade das mães que responderam a questão sobre a variedade alimentar. E tratando-se de qualidade, apenas 30% consideraram importante evitar oferecer às crianças alimentos industrializados, aqueles não saudáveis (como salgadinhos de pacote, biscoitos recheados) até os 2 anos, conforme o orientado pelo MS.

Este estudo visa a divulgação de tais tópicos para que possam ser conhecidos e trabalhados por profissionais que atuam na área de promoção à saúde materno infantil.

## **15. APÊNDICES**

### 15.1 Apêndice 1: Questionário utilizado na coleta de dados.

BLOCO: Inicial	IDENTIFICAÇÃO
Número da comunidade: __	set __
Número do domicílio: ___	numd ___
Número do questionário: _____	numq _____
Endereço (incluir ponto de referência): _____	end ___
Data da entrevista: __/__/____	dat __/__/__
Entrevistadora: _____	ent __
<b>VOU COMEÇAR FAZENDO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SENHORA</b>	
Qual o seu nome? _____	nomem_
A Sra. é mãe de sangue da criança? (0) Não (1) Sim (9) IGN	maebio_
A Sra. tem a caderneta da gestante? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	cadges_
E a caderneta de saúde da criança do(a)<CRIANÇA>, a Sra tem? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	cadcri_
<b>A SRA. PODERIA FAZER O FAVOR DE TRAZER ESSAS CADERNETAS PARA NÓS COMEÇARMOS?</b>	
Quantos anos a Sra. tem? __ anos completos (999) IGN	idmae __
<b>OBSERVAR: SEXO (1) MASCULINO (2) FEMININO</b>	sexo __
Há quanto tempo a Sra. mora aqui nesta casa? (1) Entre 1 e 11 meses (2) Entre 1 e 2 anos (3) Entre 3 e 4 anos (4) Entre 5 e 6 anos (5) Mais de 7 anos (999) IGN	temmor __
Quantas pessoas moram nessa casa? ___ (999) IGN	morju_
Destas pessoas, quantas trabalham? ___ (999) IGN	ntrab_
Quais são as pessoas que moram nesta casa? Companheiro/cônjuge/marido (0) Não (1) Sim Familiares (irmã, irmãos, pai, mãe) (0) Não (1) Sim Filhos (0) Não (1) Sim, quantos ___ (9) IGN	morjco __ morjpa __ morjf __ totmoju __

A Sra. participa de algum grupo ou associação aqui na comunidade? (0) não <b>_relig_</b> (1) sim (9) IGN	grucom_
<b>SE SIM</b> , qual? associação de bairro (0) Não (1) Sim Igreja/caridade (0) Não (1) Sim conselho (0) Não (1) Sim outros (0) Não (1) Sim (8) NSA 9) IGN	gruass __ gruig__ grucon_ gruou_
A Sra segue alguma religião? (0) Não <b>_ssperto_</b> (1) Sim (9) IGN	relig __
<b>SE SIM</b> , qual? (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Candomblé/Umbanda (5) Outra (8) NSA (9) IGN	religqual_
<b>AGORA EU GOSTARIA DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE DAQUI DA REGIÃO</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
Qual é o serviço de saúde mais próximo da sua casa? (1) Posto/Centro de Saúde (2) UPA (3) Hospital/Pronto Socorro (4) Outro (9) IGN	ssperto __
Qual o meio de transporte que a Sra usa para ir ao <SERVIÇO DE SAÚDE> mais próximo>? (1) a pé (2) ônibus (3) carro/taxi (9) IGN	ssmeiot_
Quanto tempo a Sra. gasta da sua casa até este <SERVIÇO DE SAÚDE>mais próximo: __ horas (00= se menos que 1 hora) __ minutos (9) IGN	sstempo __
A Sra. já ouviu falar no agente comunitário de saúde? (0) não <b>_pcouv_</b> (1) sim (9) IGN	acsouv __
<b>SE SIM</b> , ele(a) visita ou já visitou a sua casa? (0) não, nunca visitou <b>_pcouv_</b> (1) sim, ainda visita (2) sim, mas não visita mais <b>_acspqt_</b> (8) NSA 9) IGN	acsvis __
<b>SE AINDA VISITA:</b> Quanto tempo faz que o(a) agente visita sua casa? __ anos (00= se menos de 1 ano) __ meses (00= se menos de 1 mês) (888)NSA (999) IGN	acsvtp_
<b>APÓS RESPONDER A ESTA QUESTÃO, PULE PARA A QUESTÃO <b>_acsvis4s_</b></b>	
<b>SE O AGENTE VISITAVA MAS NÃO VISITA MAIS:</b>	

Por quanto tempo o agente visitou a sua casa? __ anos (00= se menos de 1 ano) __ meses (00= se menos de 1 mês) (888)NSA (999) IGN	acspqt_
Quanto tempo faz que o agente visitou a sua casa pela última vez? __ anos (00= se menos de 1 ano) __ meses (00= se menos de 1 mês) (888)NSA (999) IGN	acsqtav_
<b>APÓS RESPONDER A ESTA QUESTÃO, PULE PARA A QUESTÃO _acsqtqt_</b>	
Nas últimas 4 semanas ele visitou a sua casa? (0) não (1) sim (8) NSA 9) IGN	acsvis4s __
Quanto tempo durou a última visita a sua casa feita pelo agente? __ horas (00= se menos de 1 hora) __ minutos (888) NSA (999) IGN	acstvi_
O agente de saúde mora nesta área/bairro? (0) não (1) sim (8) NSA 9) IGN	acsomorpe __
De quanto em quanto tempo o agente visita/visitava a sua casa? (1) Uma vez por mês (2) Duas ou mais vezes por mês (3) Uma vez a cada dois meses (4) Uma vez a cada 3 meses (5) outro (8) NSA (9) IGN	acsqtqt_
A Sra. já ouviu falar na Pastoral da Criança? (0) não (1) sim (9) IGN	pcouv __
E no(a) Líder da Pastoral da Criança, a Sra. já ouviu falar? (0) não _aguaenc_ (1) sim (9) IGN	lpcouv __
<b>SE SIM</b> , ele(a) visita ou já visitou a sua casa? (0) não, nunca visitou. Por que? _____ _#aguaenc_ (1) sim, ainda visita (2) sim, mas não visita mais. Por que? _____ _#lpcpas_ (8) NSA 9) IGN	lpcvis __
<b>SE AINDA VISITA:</b> ) Quanto tempo faz que o(a) líder visita sua casa? __ anos (00= se menos de 1 ano) __ meses (00= se menos de 1 mês) (888)NSA (999) IGN	lpctemvi_
<b>APÓS RESPONDER A ESTA QUESTÃO, PULE PARA A QUESTÃO _#lpcpass2_</b>	
<b>SE O LÍDER VISITAVA MAS NÃO VISITA MAIS:</b>	
Por quanto tempo o(a) líder visitou a sua casa? __ meses (00= se menos de 1 mês) __ anos (00= se menos de 1 ano) (888)NSA (999) IGN	lpcpas_

Quanto tempo faz que o(a) líder visitou a sua casa pela última vez? __ anos (00= se menos de 1 ano) __ meses (00= se menos de 1 mês) (888)NSA (999) IGN	lpcpas2_
<b>APÓS RESPONDER A ESTA QUESTÃO, PULE PARA A QUESTÃO _lpcvixm __</b>	
Nas últimas 4 semanas ele(a) visitou a sua casa? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	lpcvi4s __
Quanto tempo durou a última visita a sua casa feita pelo(a) líder? __ horas (00= se menos de 1 hora) __ minutos (888) NSA (999) IGN	lpctvis_
O(a) líder mora nesta área? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	lpcmorp __
De quanto em quanto tempo (a)o líder visita/visitava a sua casa? (1) Uma vez por mês (2) Duas ou mais vezes por mês (3) Uma vez a cada dois meses (4) Uma vez a cada 3 meses (5) outro (8) NSA (9) IGN	lpcvixm __
<b>SE RESPOSTA AFIRMATIVA NA _acsvs_ E NA _lpcvis_ (FOI VISITADA PELO ACS E PELO LÍDER), PERGUNTE:</b> O(a) líder e o(a) agente são/eram a mesma pessoa? (0) não, é só agente (1) não, é só líder (2) sim (8) NSA (9) IGN	acs=lpc __
<i>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A CASA DA SRA.</i>	
Tem água encanada dentro da casa ou no terreno? (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no terreno (9) IGN	aguaenc __
De onde vem a água usada para beber? (1) Rede pública (Caema) (2) Cisterna, poço (3) Rio, lagoa, açude (4) Caminhão-pipa (5) Compram água mineral (6) outro (9) IGN	aguafonte_
A água que vocês bebem é fervida, filtrada ou tratada? (0) não (1) Sim (9) IGN	agtto_
Esta casa está ligada à rede de esgotos? (0) Não (1) Sim (9) IGN	esgo_
No banheiro, como é a privada? ( <b>LER AS ALTERNATIVAS</b> ) (1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga (3) Cistina (4) Não tem privada (9) IGN	priva_



Quantos cômodos tem esta casa? __ cômodo(s) (99) IGN	ncomo__
Quantos cômodos usam para dormir? __ cômodo(s) (99) IGN	comdor__
A sua casa é própria, alugada ou emprestada? (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (não paga aluguel) (9) IGN	casapr_
<b>(OBSERVAR E SE NECESSÁRIO PERGUNTAR)</b> TIPO DE CONSTRUÇÃO: (1) MADEIRA (2) TAIPA (3) TIJOLO/ALVENARIA (4) PALHA (5) MISTA (TIJOLO E MADEIRA) (6) PAPELÃO/LATA (8) OUTRO (9) IGN	matcasa_
Tem horta em casa (pelo menos três variedades de verduras, podendo incluir frutas)? (0) Não _# nomebb_ (1) Sim (2) Participa de cultivo em horta comunitária (9) IGN	horta_
<b>SE RESPONDEU 1 OU 2, PERGUNTE:</b> A família comeu os produtos desta horta nas duas últimas semanas? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	hortcom_
<b><i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua criança e o período que a Sra estava grávida dela.</i></b>	
<b><i>COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS, ANOTE OS DADOS A SEGUIR, CASO NÃO POSSUA A CADERNETA, PERGUNTE À MÃE OU RESPONSÁVEL</i></b>	
QUAL É O NOME DA CRIANÇA? _____	nomebb_
<b>OBSERVAR</b> SEXO DO BEBÊ (1) MASCULINO (2) FEMININO	sexobb__
QUAL É A DATA DE NASCIMENTO DA <CRIANÇA>? __ __/ __ __/ __ __ (888) NSA (999) IGN	dnbb__/_/_/__
<b>INFORME SE A DATA DE NASCIMENTO FOI CONFIRMADA OU INFORMADA</b> (1) Confirmada (2) informada	dnconf_ dninf_
QUAL FOI O PESO DO(A)<CRIANÇA> QUANDO NASCEU? __, __ __ __ KG (88) NSA (99) IGN	pnas __, __ __
<b>INFORME SE O PESO AO NASCER FOI CONFIRMADO OU INFORMADO</b> (1) Confirmado (2) informado	pnasco_ pnasin_
QUAL FOI O COMPRIMENTO AO NASCER? __ __, __ CM (88) NSA (99) IGN	compnas__ , _

<b>INFORME SE O COMPRIMENTO AO NASCER FOI CONFIRMADO OU INFORMADO</b> (1) Confirmado (2) informado	compco_ compin_
Quantas semanas de gravidez a Sra. estava quando o(a) <CRIANCA> nasceu? __ semanas	ig_
<b>INFORME SE A IDADE GESTACIONAL FOI CONFIRMADA OU INFORMADA</b> (1) Confirmada (2) informada	igconf_ iginf_
<b>COM A CADERNETA DA GESTANTE EM MÃOS, ANOTE OS DADOS A SEGUIR: CASO NÃO POSSUA A CADERNETA, PERGUNTE À MÃE OU RESPONSÁVEL</b>	
Qual a sua altura? _____.__ cm	altmae_____
<b>INFORME SE A ALTURA DA MÃE FOI CONFIRMADA OU INFORMADA</b> (1) Confirmada (2) informada	
QUANTOS QUILOS A SRA PESAVA ANTES DE ENGRAVIDAR DE <CRIANCA>? ____ ____, ____ KG (888) NSA (999) IGN	pinges ____, __
<b>INFORME SE O PESO MATERNO ANTES DE ENGRAVIDAR FOI CONFIRMADO OU INFORMADO</b> (1) Confirmado (2) informado	pingesc_ pingesi_
QUANTOS QUILOS A SRA PESAVA NO FINAL DA GRAVIDEZ ____, ____ KG (888) NSA (999) IGN	pfiges ____, __
<b>INFORME SE O PESO AO FINAL DA GRAVIDEZ FOI CONFIRMADO OU INFORMADO</b> (1) Confirmado (2) informado	pfigesc_ pfigesi_
<b>DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO</b> __ / __ / __ (888) NSA (999) IGN	dtulme_ / _ / _
<b>INFORME SE A DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO FOI CONFIRMADA OU INFORMADA</b> (1) Confirmada (2) informada (9) não soube informar	dtulmc_ dtulmi_
Qual a cor da pele do bebê? (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena (6) outra (9) IGN	corpelbb_
A Sra. planejou a gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (9) IGN	gravplan_
A Sra. já ouviu falar em ácido fólico? (0) Não <b>#suferou</b> (1) Sim (9) IGN	afolouv_
<b>SE SIM:</b> A Sra. tomou ácido fólico antes de engravidar de <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	afoltomou_
E durante a gestação, a Sra. tomou? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	afoldg_
<b>SE A MÃE RESPONDEU SIM EM PELO MENOS UMA DAS ANTERIORES, PERGUNTE:</b>	

<p>Quem orientou a Sra. a tomar ácido fólico?</p> <p>médico/enfermeira do posto (0) Não (1) Sim</p> <p>agente comunitário de saúde (0) Não (1) Sim</p> <p>líder da Pastoral da Criança (0) Não (1) Sim</p> <p>alguém da família ou amigos (0) Não (1) Sim</p> <p>outros (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>aforme_</p> <p>aforac_</p> <p>aforlp_</p> <p>aforfa_</p> <p>aforou_</p>
<b>SE A MÃE RESPONDEU NÃO, NAS PERGUNTAS afoltomou e afoldg PERGUNTAR:</b>	
<p>Por que não tomou?</p> <p>(0) não tinha no posto</p> <p>(1) não tinha dinheiro pra comprar</p> <p>(2) não sabia que tinha que tomar</p> <p>(3) outro (8) NSA (9) IGN</p>	afoln_
<p>A Sra. já ouviu falar em sulfato ferroso ferroso?</p> <p>(0) não <b>_#igsem</b> (1) sim (9) IGN</p>	sufrou_
<p>A Sra. tomou sulfato ferroso durante a gestação do(a) &lt;CRIANÇA&gt;?</p> <p>(0) não</p> <p>(1) sim <b>_# sufeme_</b> (9) NSA (9) IGN</p>	suferr_
<p><b>SE NÃO, PERGUNTAR:</b> Por que não tomou?</p> <p>(1) não tinha no posto</p> <p>(2) não tinha dinheiro pra comprar</p> <p>(3) não sabia que tinha que tomar</p> <p>(4) outro (8) NSA (9) IGN</p>	suferrn_
<b>SE A MÃE RESPONDEU SIM NA PERGUNTA <u>suferr_</u>, PERGUNTE:</b>	
<p>) Quem orientou a Sra. a tomar o sulfato ferroso?</p> <p>(1) médico do posto (0) Não (1) Sim</p> <p>(2) agente comunitário de saúde (0) Não (1) Sim</p> <p>(3) líder da Pastoral da Criança (0) Não (1) Sim</p> <p>(4) alguém da família ou amigos (0) Não (1) Sim</p> <p>(5) outros (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>sufeme_</p> <p>sufecac_</p> <p>sufelp_</p> <p>sufefa_</p> <p>sufeuou_</p>
<p>A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez de &lt;CRIANÇA&gt;?</p> <p>(0) Não <b>_#igsem_</b> (1) Sim (9) IGN</p>	pncons_
<p><b>SE SIM:</b> Quantas semanas de gestação a Sra. tinha na primeira consulta de pré-natal?</p> <p>__ semanas (88) NSA (99) IGN</p>	pnsemin __
<p>Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez durante a gravidez de &lt;CRIANÇA&gt;?</p> <p>__ consulta(s) (88) NSA (99) IGN</p>	pnqtcons_

Onde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal de <CRIANÇA>? <b>MARQUE APENAS UMA OPÇÃO</b> (1) Posto de Saúde (2) Hospital público (3) Consultório médico ou hospital por convênio ou plano de saúde (4) Consultório médico ou hospital particular (5) Outro      (8) NSA      (9) IGN	pnlocal__
Durante alguma destas consultas de pré-natal de <CRIANÇA> a Sra. se lembra se o médico ou a enfermeira mediu a sua barriga com fita métrica (altura uterina)? (0) Não    (1) Sim    (8) NSA    (9) IGN	aumed__
A Sra teve algum acompanhante nas consultas de pré-natal? (0) Não    (1) Sim    (9) IGN	pnacom__
<b>SE NÃO FOI EM POSTO DE SAÚDE, PULE PARA QUESTAO igsem__</b>	
<b>SE FOI EM POSTO DE SAÚDE:</b> Em qual posto de saúde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal de <CRIANÇA>? _____ (8) NSA (9) IGN	pnlocal__
A Sra. sabe se neste Posto de Saúde onde fez a maioria das consultas de pré-natal tem equipe da Saúde da Família? (0) Não    (1) Sim    (8) NSA    (9) IGN	pn esf__
<b>AGORA, VAMOS FALAR SOBRE O NASCIMENTO E OS PRIMEIROS MESES DE VIDA DO(A) &lt;CRIANÇA&gt;:</b>	
<b>Parto</b>	
<b>Onde o(a) &lt;CRIANÇA&gt; nasceu?</b> (1) hospital/maternidade público(a) (2) hospital/maternidade particular (3) em casa      (4) outro      (9) IGN	nascllocal__
<b>Qual foi o tipo de parto? (LEIA AS OPÇÕES)</b> (1) normal/vaginal __#paacom__    (2) cesariana    (9) IGN	parto__
<b>SE NASCEU DE CESARIANA: Qual o motivo de ter feito cesariana?</b> (1) Bebê ou cabeça do bebê muito grande para passar no canal vaginal (2) Bebê estava mal posicionado (3) Mãe teve sangramento/hemorragia vaginal (4) Trabalho de parto não evoluiu como deveria / contrações cessaram (5) Eclâmpsia / pressão alta (6) Bebê passou do tempo de nascer (7) Bebê morreu antes de nascer (8) Mãe teve diabetes (9) Partos anteriores foram de cesariana (cesariana de repetição) (10) Mãe fez laqueadura / ligadura (11) Mãe pediu (12) Médico quis/ indicou / recomendou (13) Cesariana programada de acordo da mãe com o médico (14) outro    (88) NSA    (99) IGN	cesar__

Tinha algum acompanhante com a Sra. (sem contar com a equipe médica) no momento do parto? (0) não (1) sim (9) IGN	paacom_
No hospital/maternidade, o(a) CRIANÇA permaneceu no mesmo quarto que a Sra? (0) não (1) sim, ficou na minha cama (2) sim, ficou em um berço logo ao lado da minha cama (9) IGN	alojconj __
Enquanto a Sra. e o(a) <CRIANÇA> estavam no hospital/maternidade, o bebê recebeu água, leite (que não o materno) ou qualquer outro líquido ou alimento? (0) não <b>_#mamapei_</b> (1) sim (8) NSA (9) IGN	amehosp __
<b>SE SIM</b> , o que? leite artificial em pó (fórmula) (0) Não (1) Sim leite de vaca (0) Não (1) Sim água ou chá (0) Não (1) Sim outro líquido ou alimentos (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IG	amehosla_ ameholv_ amehoag_ amehoou_
<b>Agora vamos falar sobre Aleitamento Materno</b>	
O(a) <CRIANÇA> mama no peito? (0) não, nunca mamou (1) não. Mamou, mas não mama mais <b>_#paroumid_</b> (2) sim, ainda mama = pular para a pergunta <b>_#mamprih_</b> (9) IGN	mamapei_
Qual o motivo que a Sra. não amamentou o(a)<CRIANÇA> no peito? (1) bebê não quis (2) mãe não quis amamentar (3) seio sem bico/bico invertido (4) não tinha leite/leite fraco (5) bebê é adotado (6) mãe doente ou com HIV (7) bebê prematuro/doente (8) alguém aconselhou (9) dor, rachadura ou infecção no seio (10) outro (88) NSA (99) IGN	naoammot _
<b>APÓS RESPONDER ESSA QUESTÃO, PULE PARA <b>_#chup_</b></b>	
<b>SE UM DIA MAMOU E NÃO MAMA MAIS:</b>	
Que idade ele(a) tinha quando parou de mamar? __ meses (00= se menos de 1 mês) (88) NSA (99) IGN	paroumid_

<p>) Por que parou com a amamentação?</p> <p>(1) mãe não quis mais (7) não tinha leite/secou  (2) seio sem bico/bico invertido (8) mãe ficou doente  (3) criança é adotada (9) alguém aconselhou  (4) criança ficou doente (10) retorno ao trabalho ou aos estudos  (5) dor, rachadura, infecção no seio (11) outro  (6) criança não quis mais/largou o peito (88) NSA (99) IGN <b>_#amacru_</b></p>	<p>paroumpq_</p>
<p><b>APÓS RESPONDER ESSA PERGUNTA, PULE PARA A QUESTÃO <b>_amacru_</b></b></p>	
<p><b>PARA A CRIANÇA QUE MAMA OU MAMOU, PERGUNTAR:</b></p>	
<p>Quanto tempo após o parto a Sra. colocou/ o(a) &lt;CRIANÇA&gt; para mamar no peito?  ___ hora (00= se menos de 1 hora) ___ dia (00=se menos de 1 dia)  (888) NSA (999) IGN</p>	<p>mamprih_</p>
<p>Como a Sra. costuma/acostumava amamentar seu bebê: <b>(LER AS ALTERNATIVAS)</b></p> <p>(1) a qualquer momento que ele chora/chorava ou parecia ter fome  (2) seguindo horários determinados  (3) as vezes seguindo horários e as vezes quando ele chorava ou parecia estar com fome (8) NSA (9) IGN</p>	<p>livdem_</p>
<p>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; mama/mamava nos dois seios em uma mamada?  (0) não, porque ele fica satisfeito com uma mama <b>_#amamdif_</b>  (1) sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>mamaduasm</p>
<p>Ele(a) chega/chegava a esgotar uma mama antes de trocar para a outra?  (0) não, mudo de mama, sem que tenha esgotado  (1) sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>esgotamam_</p>
<p>A Sra. teve alguma dificuldade para amamentar o(a)&lt;CRIANÇA&gt;?  (0) não <b>_#amacru_</b> (1) sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>amamdif_</p>
<p><b>SE SIM</b>, Qual(is) foi/foram a(s) dificuldade(s)?</p> <p>dor, rachaduras (0) não (1) sim  mastite/inflamação no seio, ingurgitamento/seio empedrado (0) não (1) sim  pouco leite / leite fraco (0) não (1) sim  bebê não pegava o peito (0) não (1) sim  outro (0) não (1) sim  (8) NSA (9) IGN</p>	<p>amadifdr_  amadifma_  amadifpole_  amadifnpe_  amadifou_</p>
<p>Alguma vez o(a)&lt;CRIANÇA&gt; mamou no peito de outra mulher?  (0) não <b>_#auprod_</b>  (1) sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>amacru_</p>
<p><b>SE SIM</b>, por que?</p> <p>(1) porque eu não tinha tempo/voltei ao trabalho/estudos  (2) porque eu não tinha leite suficiente/meu leite era fraco  (3) outro: _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p>amacrupq_</p>

Alguma vez a Sra. fez alguma coisa para ter mais leite? (0) não <b>_#chup_</b> (1) sim (8) NSA (9) IGN	auprod_
O que a Sra. fez? tomou remédio (0) não (1) sim aumentou a quantidade de água e/ou outros líquidos, sucos, chás (0) não (1) sim colocou o bebê mais vezes para mamar no dia (0) não (1) sim outro (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	auprorem_ auproliq_ aupromax_ auproou_
Quem orientou a Sra. a fazer isso? (1) médico ou algum profissional de saúde (0) não (1) sim (2) agente comunitário de saúde (0) não (1) sim (3) Líder da Pastoral da Criança (0) não (1) sim (4) mãe, família ou amigos (0) não (1) sim (5) outro (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	auproomed_ auprooacs_ auproolpc_ auproofam_ auprooou_
<b>AINDA RELACIONADO COM A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA:</b>	
<b>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; usa bico/chupeta?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	chup_
<b>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; usa mamadeira?</b> (0) não <b>_#formpq_</b> (1) sim (9) IGN	mamadei_
<b>Com que idade começou a usar mamadeira?</b> __ meses (00= se menos de 1 mês) (88) NSA (99) IGN	mamadeid_
<b>SE A CRIANÇA RECEBE FÓRMULA, PERGUNTAR:</b>	
<b>Por que a Sra. começou a dar leite artificial (fórmula) para ele(a)?</b> (1) Recomendação de médico ou outro profissional de saúde (2) Conselho da mãe ou alguém da família (3) Achei que ele tava muito magrinho/não estava se alimentando bem (4) outro (8) NSA (9) IGN	formpq_
<b>PERGUNTAR SE A CRIANÇA JÁ COME OUTROS ALIMENTOS</b>	
<b>De segunda a sexta, tem alguma refeição que o(a) &lt;CRIANÇA&gt; faz fora de casa?</b> (0) não <b>_#cuidador_</b> (1) sim (8) NSA (9) IGN	comefora_
<b>Qual (is):</b> café da manhã (0) Não (1) Sim lanche da manhã (0) Não (1) Sim almoço (0) Não (1) Sim lanche da tarde (0) Não (1) Sim jantar (0) Não (1) Sim ceia (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	comforcm_ comforlm_ comfora_ comforlt_ comfj_ comfc_

<p><b>Nesse período, quando come fora de casa, onde come?</b>  na creche/escolinha (0) Não (1) Sim  na casa de parentes, vizinhos ou amigos (0) Não (1) Sim  outro (0) Não (1) Sim  (8) NSA (9) IGN</p>	<p>comfocre _  comforpa _  comfou _</p>
<p><b>Quem está cuidando do(a) &lt;CRIANÇA&gt; a maior parte do tempo no último mês?</b>  (1) mãe  (2) pai  (3) avó  (4) empregada ou babá  (5) funcionária da creche  (6) outra pessoa &gt; 15anos  (7) outra pessoa &lt; 15 anos (9) IGN</p>	<p>cuidador _</p>
<p><b>Aonde são comprados os alimentos para a família?</b>  supermercado (0) Não (1) Sim  mercado do bairro (0) Não (1) Sim  outro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>compsup _  compmer _  compfei _  compou _</p>
<p><b>Onde são adquiridos as frutas e verduras para a alimentação da família?</b>  supermercado (0) Não (1) Sim  mercado do bairro (0) Não (1) Sim  feira/produtor local (0) Não (1) Sim  horta caseira/comunitária (0) Não (1) Sim  outro (0) Não (1) Sim  (8) NSA (9) IGN</p>	<p>compvsup _  compvmer _  compvfei _  compvhort _  compvou _</p>
<p><b>SOBRE CRECHE</b></p>	
<p><b>O(a)&lt;CRIANÇA&gt; já foi a creche ou escolinha alguma vez?</b>  (0) não, nunca frequentou _#suferrbb_  (1) sim e ainda vai  (2) sim, mas não vai mais  (9) IGN</p>	<p>crech _</p>
<p><b>SE SIM, (RESPOSTA 1 OU 2) com que idade começou a frequentar a creche?</b>  __ meses (00 =se menos de 1 mês) (88) NSA (99) IGN</p>	<p>crechidin _</p>
<p><b>Frequenta/frequentou o dia todo ou só parte do dia?</b>  (1) período integral  (2) meio período (8) NSA (9) IGN</p>	<p>crechper _</p>
<p><b>Quantos dias por semana o(a)&lt;CRIANÇA&gt; fica/ficava na creche?</b>  __ dia(s) (88) NSA (99) IGN</p>	<p>crechdxs _</p>
<p><b>SE AINDA FREQUENTA _#cretip</b></p>	



<b>SE FREQUENTOU MAS NÃO FREQUENTA MAIS.</b> Com que idade ele(a) parou de frequentar a creche? __ meses (00= se menos de 1 mês) (88) NSA (99) IGN	creidpar_
<b>Qual é/era o tipo da creche?</b> (1) pública (2) privada (3) filantrópica (4) outro (8) NSA (9) IGN	cretip_
<b>A Sra. paga/pagava alguma coisa para o(a) &lt;CRIANÇA&gt; frequentar a creche?</b> (0) não _#suferrbb (1) sim (8) NSA (9) IGN	crechpg_
<b>Quanto paga/pagava pela creche?</b> R\$ _____ (88888) NSA (99999) IGN	crechpgq_
<b>Suplementos</b>	
<b>PERGUNTE PARA AS MÃES DE CRIANÇAS MAIORES DE 6 MESES SE O BEBÊ É MENOR DE 6 MESES VÁ PARA A QUESTÃO _#posibb</b>	
<b>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; está tomando sulfato ferroso?</b> (0) não (1) sim _#suferrbbor (8) NSA (9) IGN	suferrbb_
<b>SE NÃO, Por que não?</b> (1) não tem no posto de saúde (2) não sabia que precisava dar esse suplemento (3) acha que não não é preciso (4) outro (8) NSA (9) IGN	suferrbbn_
<b>APÓS RESPONDER ESSA QUESTÃO, PULE PARA A _vita_</b>	
<b>Quem orientou a Sra. a dar sulfato ferroso para &lt;CRIANÇA&gt;?</b> (1) médico ou outro profissional de saúde (0) Não (1) Sim (2) agente comunitário de saúde (0) Não (1) Sim (3) líder da Pastoral da Criança (0) Não (1) Sim (4) alguém da família ou amigos (0) Não (1) Sim (5) outros (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	suferrbbor__
<b>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; está tomando vitamina A?</b> (1) não (2) sim _#vitaor_ (8) NSA (9) IGN	vita_
<b>SE NÃO, Por que não?</b> (1) não tem no posto de saúde (2) não sabia que precisava dar esse suplemento (3) outro (8) NSA (9) IGN	vitan_
<b>APÓS RESPONDER ESSA QUESTÃO, PULE PARA A _posibb_</b>	

<b>Quem orientou a Sra. a dar vitamina A?</b> (1) médico ou outro profissional de saúde (0) Não (1) Sim (2) agente comunitário de saúde (0) Não (1) Sim (3) líder da Pastoral da Criança (0) Não (1) Sim (4) alguém da família ou amigos (0) Não (1) Sim (5) outros (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	vitaor_
<b>BEBÊ DE BARRIGA PARA CIMA</b>	
<b>Qual a posição que a Sra. coloca o(a) &lt;CRIANÇA&gt; para dormir?</b> (1) De lado/ladinho (2) De barriga para baixo (bruços) (3) De barriga para cima (8) NSA (9) IGN	posibb_
<b>Quem disse para a Sra. a colocar o bebê de &lt;POSIÇÃO&gt; ?</b> (1) ninguém (0) Não (1) Sim (2) médico ou outro profissional de saúde (0) Não (1) Sim (3) agente comunitário de saúde (0) Não (1) Sim (4) líder da Pastoral da Criança (0) Não (1) Sim (5) família ou amigos (0) Não (1) Sim (6) outro (0) Não (1) SiM (8) NSA (9) IGN	posibbquem_
<b>RESPONDER AS 3 PRÓXIMAS SE A CRIANÇA DORME DE LADO OU DE BRUÇOS</b>	
<b>Se o médico ou a enfermeira dissesse para a Sra. que a melhor posição para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	posibbacr_
<b>A Sra. colocaria seu filho para dormir de barriga para cima se o médico ou a enfermeira dissesse?</b> (0) Não (1) Sim (2) talvez (8) NSA (9) IGN	posibbcol_
<b>A Sra. já ouviu falar na campanha “Dormir de barriga para cima?”</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN	posibbcamp__
<b>AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE A SENHORA E SUA FAMÍLIA:</b>	
A senhora sabe ler e escrever? (0) não (1) sim (2) só assina (9) IGN	alfmae_
Até que série/ano a Sra. completou na escola? ___ série do ___ grau (8) NSA (9) IGN	escmae_
Qual a cor da sua pele? (1) branca (2) parda (3) preta (4) amarela (5) indígena (9)IGN	corpelmae_
A Sra. teve alguma outra gravidez antes do(a) <CRIANÇA>? (0) não _#fumog_ (1) sim (9) IGN	grav_
<b>SE SIM:</b> Quantas? __ (88) NSA (99) IGN	gravqt_

Antes do(a)<CRIANCA>, quantos nasceram vivos? __ filhos (88) NSA (99) IGN	filviv_
<b>PERGUNTAR PARA A MÃE QUE TEM OUTROS FILHOS:</b> A Sra. amamentou no peito outro filho da Sra? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	amafilh_
Fumou na gestação do(a) <CRIANÇA>? (0) não (1) sim (9) IGN	fumog_
E a Sra. costumava tomar alguma bebida com álcool quando estava grávida de <CRIANÇA>? (0) não (1) sim (9) IGN	bebidag_
A Sra. está trabalhando? (0) Não (1) Sim <b>_#ocup_</b> (9) IGN	trab_
<b>SE NÃO:</b> Por que não está trabalhando? (1) Não consegue emprego (desempregada) (2) Está aposentada (3) Está encostada (4) É pensionista (5) Quer ficar em casa cuidando dos filhos (6) Está de licença maternidade (7) Outro (8) NSA (9) IGN	ntrab_
<b>APÓS RESPONDER A QUESTÃO ntra_ PULE PARA A QUESTÃO rf1__</b>	
<b>SE ESTÁ TRABALHANDO:</b> Que tipo de trabalho a Sra. faz? (Anotar o que faz): _____ (8) NSA (9) IGN	ocup ____
Quantos dias na semana a Sra.trabalha fora de casa? __ dias/semana (8) NSA (9) IGN	ocupfcas_
No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não recebe renda (99999) IGN	rf1: _____ rf2: _____ rf3: _____ rf4: _____ rf5: _____
A família tem outra fonte de renda como, por exemplo, aluguel, bolsa, pensão ou outra que não foi dita? (0) Não <b>_#pbf_</b> (1) Sim (9) IGN	renou_
Se sim, quanto recebem por conta disso? R\$ _____ por mês (88888) NSA (99999) IGN	renouq_
Alguém no domicílio recebe auxílio/ajuda do Programa Bolsa família? (0) Não (1) Sim (9) IGN	pbf__

<b>OUTRAS QUETÕES SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA</b>	
<b>Em geral, a Sra. considera a saúde do(a) &lt;CRIANÇA&gt; (LER AS OPÇÕES)</b> (1) excelente (2) muito boa (3) boa (4) regular (5) ruim (9) IGN	saudebb_
<b>Como a Sra acha que &lt;CRIANÇA&gt; está com relação ao peso? (LER AS OPÇÕES PARA A MÃE).</b> (1)muito magro (2)magro (3)normal (4)gordo (5)muito gordo	percenbb_
<b>Pensando na movimentação física do(a) &lt;CRIANÇA&gt; a Sra. diria que em comparação com outras crianças da mesma idade ele(a) é:(LER AS OPÇÕES PARA A MÃE)</b> (1) tão ativo(a) quanto as outras crianças (2) mais ativo(a) do que as outras crianças (3) menos ativo(a) do que as outras crianças (9) IGN	ativbb_
<b>A Sra. costuma colocá-lo no chão para brincar (rolar, alcançar objetos)?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	ativbbest_
<b>Nessa última semana, a Sra levou a &lt;CRIANÇA&gt; alguma vez na praça ou parque... para passear?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	ativbbarl_
<b>O(a) &lt;CRIANÇA &gt; assiste televisão ou brinca com celular, computador ou tablet ?</b> (0) não _#atend_ (1) sim (9) IGN	ativbbcel_
<b>Quantas horas por dia? __ horas (00= se menos que 1 hora)</b> (88) NSA (99) IGN	ativbbcelt_
<b>SOBRE ATENDIMENTOS NO SERVIÇO DE SAÚDE</b>	
<b>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; foi ao médico ou posto de saúde nos últimos 3 meses? (INCLUIR PUERICULTURA)</b> (0) não _#diarr_ (1) sim (9) IGN	atend_
<b>E nesses últimos 3 meses, aconteceu de vocês não serem atendidos?</b> (0) não _#pneum_ (1) sim (8) NSA (9) IGN	atendn_
<b>SE SIM: Qual foi o motivo que levou vocês não serem atendidos da última vez?</b> _____ (8) NSA (9) IGN	atendnmot_

<p><b>Alguma vez, o médico falou que o(a) &lt;CRIANÇA&gt; estava com pneumonia?</b>  (0) não <b>_#diarr_</b> (1) sim (8) NSA (9) IGN</p>	pneum_
<p><b>E o(a) &lt;CRIANÇA&gt; recebeu a primeira dose do antibiótico já no Posto de Saúde?</b>  (0) não (1) sim <b>_#diarr_</b> (8) NSA (9) IGN</p>	atbimed_
<p><b>Por que não?</b>  (1) não tinha antibiótico no posto  (2) a equipe de saúde disse que era para dá-lo ao bebê quando chegasse em casa  (3) falta de farmacêutico responsável no posto  (4) outro motivo (8) NSA (9) IGN</p>	atbn_
<p><b>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; apresentou diarreia nas duas últimas semanas?</b>  (0) não <b>_#sorprep_</b> (1) sim (9) IGN</p>	diarr_
<p><b>Durante o período da diarreia, a Sra. insistiu com a alimentação normal da criança?</b>  (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p>	diarralim_
<p><b>A Sra. deu a ele(a) alguma bebida para ele(a) não ficar desidratado?</b>  (0) não  (1) sim, soro caseiro  (2) sim, soro de pacotinho (de farmácia ou do posto de saúde)  (3) outro (8) NSA (9) IGN</p>	soro_
<p><b>A Sra. sabe preparar o soro caseiro?</b>  (0) não <b>_#sorocm_</b> (1) sim (9) IGN</p>	sorprep_
<p><b>Quais os ingredientes que a Sra. usa para preparar o soro caseiro?</b>  (1) água, sal e açúcar  (2) outro (8) NSA (9) IGN</p>	sorprecom_
<p><b>Quem orientou a Sra. a preparar o soro caseiro?</b>  (1) médico ou outro profissional de saúde (0) Não (1) Sim  (3) agente comunitário de saúde (0) Não (1) Sim  (4) líder da Pastoral da Criança (0) Não (1) Sim  (5) outro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	sorpreorm_ sorpreoacs_ sorpreolpc_ sorpreoou_
<p><b>A Sra. tem a colher medida do soro caseiro?</b>  (0) não <b>_#prsau_</b> (1) sim (9) IGN</p>	sorocm_
<p><b>De quem a Sra. recebeu essa colher medida?</b>  (1) líder da Pastoral da Criança  (2) agente comunitário de saúde  (3) parentes/ amigos  (4) vizinhos (5) outro (9) IGN</p>	sorocmrec_
<p><b>O(a) &lt;CRIANÇA&gt; teve algum outro problema de saúde nas duas últimas semanas?</b>  (0) não <b>_#alfmae_</b> (1) sim (9) IGN</p>	prsau_

<b>Qual(is) o(s) problema(s)?</b> (1) febre (2) gripe, resfriado, dor de garganta (3) infecção respiratória (4) dermatites/ coceiras na pele (5) zika (6) dengue (7) chikungunya (8)outro (88) NSA (99) IGN	prsauqual_
<b>AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E A INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS PARA OS BEBÊS</b>	
<b>1) A Sra. já ouviu falar de aleitamento materno exclusivo?</b> (0) não_#cmamedef_ (1) sim (9) IGN	cmame_
<b>2) Onde a Sra. ouviu sobre isso?</b> (1) na mídia (televisão, rádio, jornal) (2) no serviço de saúde (3) com a família ou amigos (4) na Pastoral da Criança (9) IGN	cmameouv_
<b>3) O que a Sra. entende por aleitamento materno exclusivo?</b> (1) Dar ao bebê leite materno e outro leite (2) Dar ao bebê leite materno e água (3) Dar ao bebê somente leite materno (4) Dar ao bebê leite materno e suco (ou suco e água) (5) outro (9) IGN	cmamedef_
<b>4) Por quanto tempo o bebê deve mamar só no peito, sem receber nem mesmo água? ___ meses (999) IGN</b>	cmamedur_
<b>5) Qual destas figuras mostra a melhor forma do bebê mamar?</b> <b>MOSTRAR FIGURAS E MARCAR:</b> (1)primeira figura (2)segunda figura (9) IGN	cmboapb_
<b>6) Qual destas figuras mostra a posição que causa menos dor no seio da mãe na hora de amamentar?</b> (1)primeira figura (2)segunda figura (9) IGN_____	cmboapm
<b>7) A Sra. já ouviu falar em colostro?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmcol_
<b>LEIA PARA A MÃE: COLOSTRO É AQUELE PRIMEIRO LEITE QUE SAI DO PEITO LOGO APÓS O PARTO. ELE É MAIS TRANSPARENTE E AMARELADO.</b>	

<p><b>8) Qual das duas frases sobre o colostro a Sra. concorda?</b>  (1) O colostro não deve ser dado ao bebê porque pode dar gases e trancar o intestino dele.  (2) O colostro deve ser dado pois protege o bebê contra doenças.  (9) IGN</p>	cmcolgas_ cmcolbom_
<p><b>9) Como a Sra. acha que o bebê pequeno (de até 6 meses) deve ser amamentado no peito (LER AS ALTERNATIVAS):</b>  (1) em horários determinados pela mãe  (2) sempre que ele quiser  (9) IGN</p>	cmlivde_
<p><b>AGORA VOU ENTREGAR PARA A SRA ESSAS CARINHAS.  EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E, QUANDO A SRA ACHAR QUE A RESPOSTA É SIM,  A SRA ME MOSTRA A CARINHA VERDE,  QUANDO ACHAR QUE A RESPOSTA É NÃO, ME MOSTRE A CARINHA VERMELHA  E QUANDO A SRA NÃO SOUBER, MOSTRE A INTERROGAÇÃO</b></p>	
<p><b>10) O leite em pó de lata protege mais o bebê contra doença do que o leite materno?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmlmdoen_
<p><b>11) Quando o bebê está doente, a mãe deve diminuir as mamadas pra ele se recuperar mais rápido?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmdoente_
<p><b>12) Mamar no peito ajuda o bebê a ficar mais inteligente?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmintel_
<p><b>13) Mamar no peito pode aumentar a chance do bebê ter obesidade no futuro?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmobes_
<p><b>14) Dar de mamar no peito faz com que o corpo da mulher volte ao normal mais rápido?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmcorpo_
<p><b>15) A mãe que amamenta fica mais protegida contra alguns tipos de câncer?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmcaov_
<p><b>16) O leite em pó é mais completo para o bebê que o leite materno?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmcompl_
<p><b>17) Quando a mãe está gripada, ela deve parar de amamentar o bebê?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmgripe_
<p><b>18) Para aumentar a produção de leite a mãe precisa colocar o bebê mais vezes pra mamar no peito?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmdesclei_
<p><b>19) Se o bebê chora muito, é sinal de que o leite da mãe é fraco?</b>  (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmleifra_

20) <b>Mamar até acabar o leite da mama, ajuda o bebê a ganhar peso?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmleipos_
21) <b>Um bebê de 3 meses, que mora em uma lugar muito quente, precisa tomar água?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmameag_
22) <b>Um bebê de 8 meses que mama no peito e já se alimenta, também precisa de outro tipo de leite pra ficar mais forte?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmleitpo_
23) <b>Depois de 1 ano de idade, o leite materno ainda traz benefícios para o bebê?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmampro_
24) <b>O bebê precisa beber água entre uma refeição e outra?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmdaragua_
25) <b>Para o bebê que ainda não tem dentes, é preciso dar papa líquida ou sopinha passada na peneira ou batida no liquidificador?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmppliq_
26) <b>A criança precisa sempre raspar o prato?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmraspar_
27) <b>A Sra. concorda que não é preciso colocar sal na papinha do bebê, porque os alimentos já contém a quantidade de sal que ele precisa?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmsal_
28) <b>É preciso colocar açúcar nas bebidas dadas aos bebês?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	cmadacu_
29) <b>Até que idade a Sra. acha que o bebê deve mamar no peito?</b> __ anos (00= se menos de 1 ano) __ meses (00= se menos de 1 mês) (999) IGN	cmamprol_
<b>Qual a idade que os bebês precisam começar a receber papinhas?</b> __ __ meses (999) IGN	cmidint_
<b>Quando o bebê começa a comer, quantas papinhas ele precisa receber por dia?</b> __ (99) IGN	cmqtdepps_
<b>Na primeira vez que o bebê for receber frutas, qual das opções é a mais indicada? (LER AS ALTERNATIVAS):</b> (1) suco (2) fruta amassada (3) fruta inteira (9) IGN	cmsuco_
<b>Quando o bebê ainda mama e começa a receber novos alimentos, o que deve ser dado por primeiro na hora da refeição? (LER AS ALTERNATIVAS)</b> (1) primeiro o leite do peito, depois o alimento (2) primeiro o alimento, depois o leite do peito (9) IGN	cmordem_
<b>DÊ A CARTILHA 1 À MÃE E PERGUNTE:</b>	



<p><b>Qual das 3 opções é a mais completa para um bebê de 1 ano?</b>  (1) arroz, macarrão, frango, farofa  (2) arroz, feijão, abóbora, carne moída  (3) arroz, macaxeira, abobrinha, beterraba (8) não sei (9) IGN</p>	cmvarie_
<p><b>Por quê a Sra. escolheu essa opção?</b> _____ (9) IGN</p>	cmvarmot_
<p><b>DÊ A CARTILHA 2 PARA A MÃE E PERGUNTE:</b></p>	
<p><b>Qual a melhor forma de oferecer a alimentação para o bebê de acordo com o passar da idade? (6, 8 e 12 MESES)</b>  (1) banana inteira descascada, banana picada, banana amassada  (2) banana amassada, picada e inteira  (3) banana picada, amassada e inteira  (9) IGN</p>	cmevol_
<p><b>Qual (ou quais) dessas bebidas a Sra. acha ser saudável para as crianças?</b></p> <p>Água de coco (0) Não (1) Sim</p> <p>Suco de frutas em pó/caixinha, garrafinha (Tang, Tampico, Kapo) (0) Não (1) Sim</p> <p>Suco de frutas natural (0) Não (1) Sim</p> <p>Refrigerante (0) Não (1) Sim</p> <p>Refrigerante light/zero (0) Não (1) Sim</p>	cmagcc_ cmsupo_ cmsufr_ cmrefr_ cmrefrl_
<p><b>A Sra. alguma vez recebeu orientação sobre como dar os primeiros alimentos para o bebê?</b> (0) não (1) sim (9) IGN</p>	cmoria_
<p><b>) De quem a Sra recebeu essas orientações?</b></p> <p>médico ou profissional de saúde (0) Não (1) Sim</p> <p>ACS (0) Não (1) Sim</p> <p>família e amigos (0) Não (1) Sim</p> <p>líder da Pastoral da Criança (0) Não (1) Sim</p> <p>outro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	cmiaom_ cmiaoac_ cmiaofa_ cmiaolp_ cmiaoo_
<p><b>A partir de qual idade a Sra. acha que já pode dar salgadinhos de pacote, biscoitos recheados (produtos de pacote em geral) para o bebê?</b>  __ meses (00= se menos que 1 mês) __ anos (00=se menos de 1 ano) (000) nunca (999) IGN</p>	cmultrap_
<p style="text-align: center;">Agora estamos chegando ao fim.  <b>PEGUE O CARTÃO DE VACINAÇÃO</b></p>	

<b>) O(a)&lt;CRIANÇA&gt; está com a vacinação em dia?</b> <b>OLHAR NO CARTÃO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E ANOTAR O NÚMERO DE DOSES QUE ELE(A) RECEBEU DAS VACINAS:</b>		
BCG (ao nascer)	nº de doses __ ( ) NSA	vacbcg_
Hepatite B (ao nascer)	nº de doses __ ( ) NSA	vachepb_
Pentavalente (2 e 4 meses)	nº de doses __ ( ) NSA	vacrot_
Rotavírus (2 e 4 meses)	nº de doses __ ( ) NSA	vacmen_
Meningocócica (2 e 5 meses)	nº de doses __ ( ) NSA	vacpneu_
Pneumocócica (2 e 4 meses)	nº de doses __ ( ) NSA	vacpol_
Poliomielite (2, 4 e 6 meses)	nº de doses __ ( ) NSA	vacpent_
Febre amarela (9 meses)	nº de doses __ ( ) NSA (9) IGN	vacfeam_
<b>PARA AS CRIANÇAS QUE ESTIVEREM COM QUALQUER VACINA ATRASADA, PERGUNTE:</b>		
<b>Qual o motivo de não ter tomado a(s) vacina(s)? (ESPECIFIQUE QUAL VACINA)</b> mãe não levou a criança para ser vacinada ( ) qual: _____ não tinha vacina no posto ( ) qual: _____ criança ficou doente ( ) qual: _____ outro (8) NSA (9) IGN		vacinasn_
<b>ANTROPOMETRIA</b> <b>Agora, pra finalizar, vamos fazer pesar e medir o(a) &lt;CRIANÇA&gt;</b>		
Peso atual da mãe: _____, _____ kg (888) NSA		pamae _____, _____
Peso da mãe + criança: _____, _____ kg (888) NSA		pamaebb _____
Peso atual da mãe 2ª medição: _____, _____ kg (888) NSA		pamae2 _____, _____
Peso da mãe + criança 2ª medição: _____, _____ kg (888) NSA		pamabb2 _____
Comprimento atual da criança 1: _____, _____ cm (888) NSA		compatbb _____, _____
Comprimento atual da criança 2: _____, _____ cm (888) NSA		compabb2 _____, _____
Comprimento atual da criança 3 (se necessário): _____, _____ cm (888) NSA		compabb3 _____, _____
<b>OBSERVAR A COR DA PELE DO BEBÊ</b> (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena (6) Outra		corpeb_
<b>FINAL</b>		
<b>OBSERVAR A COR DA PELE da mãe</b> (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena (6) Outra		corpelmaeobs_
A Sra possui telefone para contato? (0) Não (1) Sim → QUAL? _____		

Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com a Sra? (0) Não (1) Sim → QUAL? _____	
A Sra. pretende ficar morando aqui nos próximos meses ou vai morar em outro lugar? (1) Vai morar na mesma casa - FIM (2) Vai morar noutro lugar	noven__
Qual o endereço que a Sra. vai? Endereço (incluir ponto de referência):	novoend__

NSA: não se aplica

## 15.2 Apêndice 2: Tabela de resumo de artigos da revisão bibliográfica.

### 10.2 Apêndice 2 Quadro de revisão bibliográfica: Conhecimento materno sobre aleitamento materno e alimentação complementar

Primeira parte: estudos transversais comunitários: 19 estudos, sendo apenas 01 brasileiro.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e População	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Tadele et al Etiópia 2016 <b>*Acessar o CM,</b> atitudes e prática do AME.	Estudo transversal de base comunitária, descritivo.  Mães de <2 anos da cidade de Mizan, oeste da Etiópia, em Abril 2015.	Questionário estruturado administrado por entrevistas, adaptado de Pesquisa de Demografia e Saúde da Etiópia (EDHS) e outros estudos.	Dados coletados de 314 mães. (taxa de resposta: 89,7%)  Maioria das mães (68,5%) tinham idade entre 20-30a; 22,3% analfabetas: 80,6% casadas e 31,5% ganhavam menos que US\$1,00/dia.  93,6% haviam recebido informações sobre AME, provenientes de profissionais de saúde.  <b>CM: 73,2% acertaram o tempo inicial do AM (1h); Duração AME: 34,7%; sabiam da contracepção: 32%; prevenção da diarreia: 27,3%; acreditavam que AME é suficiente até os 6m: 59,3%.</b>	Apesar da maioria das mães ter bom CM sobre AME, o CM sobre a duração e a atitudes foram baixas.  Limitações: causalidade reversa, viés de desejo social e memória; sem dados qualitativos.
Tariku, et al 2016 Etiópia Acessar a prevalência e determinantes da APL.	Estudo transversal de base comunitária.  Todas as mães de crianças entre 6- 59m que viviam por pelo menos 6 m nos kebeles selecionados.  População rural	Questionário pré testado, estruturado administrado em visitas domiciliares.  Questões sobre:  - prática de APL: entendida como qualquer líquido dado ao bebê que não o LM nos 3 primeiros dias após o parto; acesso ao SS em horas (<2hs bom acesso); 9 perguntas para checar o CM sobre alimentação infantil ( <i>IYCF "Infant Young Child Feeding"</i> ):  - Benefícios do AM; tempo para iniciar amamentação; oferta do colostro e seus benefícios; tempo de AME; quando iniciar a AC; tipo de comida que deveriam receber nesse momento; como alimentar a criança; tempo que deveria prolongar a amamentação.	Mães analfabetas: 69,5%; casadas: 89,9%, donas de casa: 58,8%.  Receberam orientações sobre AM no PN: 93,5%.  O CM pobre em IYCF foi estatisticamente associado à APL nas análises bivariadas e multivariadas, juntamente com ser do < nível socioeconômico e ter parto em casa. O > Odds da APL foi observado dentre mães com pobre e médio conhecimento IYCF (AOR = 3.82, 95 % CI 2.42, 6.04 e 2.22, 95 % CI 1.40, 3.54), respectivamente, comparando com mães com alto CM.  <b>CM em IYCF: Baixo: 33,1% / Médio: 34,7% / Alto: 32,2%.</b>	Limitações e comentários  Limitações: chance de viés de memória e de informação para algumas variáveis (ex: acesso ao SS e data de início do pós-natal).  APL mais comum: manteiga e água. (forte tradição).

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Bimerew et al 2016 Etiópia Acessar o tempo inicial da amamentação e fatores associados.	Estudo transversal, quantitativo de base comunitária.  Todas as mães que tinham pelo menos 1 criança < 2anos e estavam morando em Woreda no mínimo 6m (residentes permanentes).	Questionário estruturado administrado por entrevistas. Elaborado de acordo com referências da literatura.  Desfecho: início da amamentação. Variáveis sócio demográficas, paridade, PN e pós natal, dados de parto, problemas de amamentar e CM em AM  CM = variável independente, considerado bom, quando >=70% das perguntas foram corretamente respondidas.	100% taxa de resposta: 739 mães.  Média de idade = 32 anos / renda mensal menos de 500birr 64,3% / 45,5% analfabetas /61,3% tinham acesso a mídia / 96,2% casadas.  96,1% receberam visita de pré-natal, mas somente 58,5% receberam orientações sobre AM; mais de 2/3 receberam atendimento pós-natal.  <b>CM sobre o tempo de iniciação do AM:</b>  <b>Bom = 74,7%; Pobre: 25,6%</b>	Início da amamentação muito abaixo da recomendação nacional (92% em 2015).  Limitação: causalidade reversa, viés de memória.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Akinyinka et al 2016 Nigéria  <b>*Acessar o CM sobre AM, sua prática e determinantes.</b>	Estudo transversal, descritivo de base comunitária.  Mães criança de até 2 anos, > 18 anos de idade, que vivam em Navy Town.	Questionário pré testado, administrado por entrevistas no domicílio.  Questões sócio demográficas e de CM sobre AM e prática.  Respostas corretas = 1 ponto; erradas 0.  Gerado um escore com base nos percentuais:  Conhecimento pobre = 0-49%/ Intermediário = 50-74% / Bom = 75- 100%	220 questionários foram aplicados.  Média de idade = 30,1 anos / 45,9% não reportou nenhuma renda mensal, sendo 22,3% referiram renda de 28-95US / 3,6% não estudaram, 15,5% eram estudantes, 13,6% profissionais / 91,8% casadas.  76,8% referiram ter informação sobre AM do SS.  <b>CM: 60,9% sabiam que o LM podia ser preservado e 97% dessas, identificaram corretamente o método de preservação como geladeira. (Foram detalhadas no estudo muitas outras respostas sobre o AM/mamadeira etc que não foram descritas nesta tabela).</b>  <b>A média do escore do CM em AM foi de 56.67 +/- 17.57%.</b>  <b>19,5% - Bom conhecimento / 46,8% - intermediário / 33,6% - conhecimento pobre</b>	O CM foi significativamente associado a algumas práticas de AM, dentre elas, a APL e oferta em mamadeiras.  Limitação: causalidade reversa, viés de memória.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delineamento e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Abebe et al. 2016 Etiópia *Avaliar o conhecimento de mães e ACS sobre a prática da IYCF e investigar se esse conhecimento está associado à baixa estatura em crianças de 12-23m).</p>	<p>Estudo transversal, comunitário. 100 Agentes comunitários de saúde (ACS) pertencentes ao distrito e duplas mães/criança (aparentemente saudável) de 12-23m, residentes permanentes na área do estudo.</p>	<p>Questionário aplicado por entrevista, baseado nos princípios orientadores da OPAS / OMS (2003) para a AC de crianças amamentadas e indicadores da OMS para a IYCF. Dividido em 3 partes: AM, AC e higiene.</p>	<p>População rural. Média de idade das mães: 26 anos / 63,1% analfabetas/ 93,4% agricultoras. 45% das mães receberam aconselhamento sobre IYCF. <b>CM sobre AM: 95% ACS e 67% das mães tiveram conhecimento satisfatório; 50% dos ACS e 40% das mães sabiam a duração ótima do AM continuado.</b> <b>CM em IYCF (AC):</b> A maioria dos ACS e 70% das mães responderam corretamente sobre o momento ideal para a introdução da AC, estratégias de alimentação quando a criança recusa alimentos e, alimentação durante e após as doenças. <b>CM em AC (6-23m):</b> 50% dos ACS acertaram as perguntas sobre a duração ideal da amamentação contínua, 68% o nº mínimo de refeições/dia; 53% a DD mínima; 70% bebidas não recomendadas para AC (bebidas açucaradas e chá). <b>Um nº ainda menor de mães respondeu corretamente a essas perguntas.</b> <b>A maioria dos ACSs (88%) e mães (65%) responderam corretamente à maioria das questões relacionadas à higiene.</b></p>	<p>Uma proporção significativa das mães não tiveram acesso à formação em IYCF, mas aquelas que tiveram, apresentaram melhores conhecimentos e prática de IYCF (AC). Limitações: causalidade reversa; não possível extrapolar os resultados para todo o país.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delineamento e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Gewa e Chepkembol 2016 Quênia Determinar a relação entre o CM, expectativas e crenças de normas com a interrupção do AME.</p>	<p>Estudo transversal, de base comunitária. Utilizou-se um processo de amostragem de conveniência para identificar os participantes do estudo: mulheres em idade reprodutiva com pelo menos uma criança de 0-24 m e residentes na área de estudo há pelo menos 2 anos.</p>	<p>Questionário pré testado, administrado no domicílio por enfermeiras da rede pública de saúde, continham perguntas abertas e fechadas. 21 questões sobre o CM em AM.</p>	<p>100% taxa de resposta: 400 mães. Média de idade = 27 anos / 1,8% não eram escolarizadas. <b>CM: + de 80% identificaram corretamente as recomendações sobre AME.</b> 5 das 7 perguntas referentes ao CM foram associadas significativamente ao encerramento precoce do AME. <b>+ de 65% das mães com CM positivo para dos benefícios do AM para a criança.</b> <b>+ de 61% das mães com CM positivo para dos benefícios do AM para a mãe.</b></p>	<p>O encerramento precoce do AME teve forte associação com o CM. Limitações: potencial viés de seleção; de recordatório e de desejo. Resultados não podem ser extrapolados para o resto do país por ter sido feito em um distrito; questões do questionário não validadas para uso da população do estudo.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delineamento e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Leshi et al 2016 Nigéria</p> <p><b>*Acessar o CM, atitudes e intenção de amamentar.</b></p>	<p>Estudo <b>transversal</b> conduzido com mulheres &gt; 30 anos, que ingressaram no corpo de serviço nacional da juventude na capital da Nigéria.</p>	<p>Questionário semi-estruturado, auto aplicado, elaborado após revisão de literatura sobre o assunto: CM atitudes e intenção sobre AM.</p> <p>4 sessões: informações sócio demográficas, CM, atitudes e intenções.</p> <p>Bom CM = 8-12 pontos; CM pobre: &lt; 8 pontos.</p>	<p>457 entrevistadas. Idade média 25 anos; 17,1% casadas.</p> <p>60% souberam a respeito do AM através da mídia social; 25% pela família/amigos; 20,6% pelo SS; 73,5% acreditam que os pais têm função importante em garantir um AM ótimo para o filho.</p> <p><b>Acertos do CM: 52,1% - tempo de iniciar AM até 1 hora; 42% não se deve oferecer APL; 33,1% descrição de colostro; 66,1% definição AME; duração: 69,4%; 73,7% boa pega; 73,3% benefício do AM para a mãe e bebê; 75,3% LM deve ser oferecido quando o bebê demandar; 55% acertaram sobre a idade ideal para introdução da AC; tempo para encerrar AM &gt;24 meses: 19,4%. Média do CM: 7.02.</b></p> <p><b>6 em cada 10 mulheres tiveram pobre CM (56,9%); Bom CM: 43,1%.</b></p>	<p>Estudo demonstrou bom CM, atitude positiva, e a intenção em amamentar foi baixa.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delineamento e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Sisay et al. 2015/6 Etiópia</p> <p><b>Acessar o tempo inicial da introdução da AC e fatores associados.</b></p>	<p>Estudo transversal, comunitário.</p> <p>Mães de bebês entre 6-23m, que tenham vivido nos 3 kebeles do distrito de Lalibela por pelo menos 6m.</p> <p>População rural</p>	<p>Questionário estruturado, administrado por entrevista.</p> <p>A prática da AC foi acessada por indicadores da OMS. Tempo certo = resposta 6 m (1), se antes ou depois = resposta errada (0).</p> <p>Utilizaram escore padronizado para avaliar a DD (diversidade da dieta) por meio de recordatório 24hs.</p> <p>Dados sócio demográficos, de atendimento a saúde, CM e fonte das orientações qto a AC.</p> <p>CM sobre introdução da AC: aos 6m = CM adequado / Diferente de 6m = CM inadequado</p>	<p>421 pares mãe-filho participaram / 28,5% nunca estudaram formalmente / 59,9% do lar.</p> <p>Tiveram ao menos 1 visita de PN: 74,1% e 25,4% de pós-natal.</p> <p><b>CM do tempo ideal para a introdução da AC: 58,9%.</b></p> <p>Pela análise multivariada estiveram associados significativamente ao tempo ideal para introdução da AC: escolaridade materna, acompanhamento PN e lugar do parto.</p>	<p>Prevalência de início adequado da AC esteve abaixo do ponto de corte proposto pela OMS (80-94%).</p> <p>Limitações: causalidade reversa, viés de memória; o estudo não mediu algumas variáveis independentes (tipo de serviços de nutrição recebidos durante o PN e pós natal e atitudes da mãe e relação ao AM e à AC, o que pode ter confundido os resultados.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e População	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Teka et al Etiópia 2015 Acessar a prevalência e determinantes do AME.	Estudo transversal de base comunitária. Mães de crianças < 24m as quais moravam com elas, residentes no distrito de Enderta Woreda. População rural	Questionário pré testado e estruturado administrado em visitas domiciliares. Dados sócio demográficos, paridade, prática de AM, CM sobre AM. Foram acessados os conhecimentos em AME, colostro, APL, tempo inicial de amamentação. CM suficiente = 5 das 10 afirmações corretas. (Benefícios do AME para o bebê e para a mãe: efeito contraceptivo, importância nutricional, proteção contra doenças, vínculo mãe e filho, dentre outras).	Média de idade das mães: 26.9a; analfabetas: 55,3%; casadas e donas de casa: 87,7%; média de renda mensal: 600birr (2sm). Receberam orientações sobre AM no PN: 93,5% O CM sobre a contração do AM foi uma das variáveis estatisticamente significativas para a prática do AME na análise bivariada, mas não na regressão logística multivariada. <b>CM: Quase 77% teve conhecimento suficiente quanto aos benefícios do AM para prevenção de gravidez.</b> O CM sobre os benefícios de AM pelas mães que não queriam engravidar foi alto. Fatores associados: O CM é dependente do nível educacional e se houve atendimento no pré e pós-natal.	Limitações: causalidade reversa; viés de memória. Uso de regressão logística para estudo transversal. A RP pode ter sido superestimada pelo OR e o controle para fatores de confusão, não é equivalente para as duas medidas de efeito.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Tewabe, T. 2015 Etiópia Acessar o tempo inicial da amamentação e fatores associados.	Estudo transversal, quantitativo, de base comunitária. Mães de < 6m da cidade de Motta.	Questionário estruturado administrado por entrevistadas, construído através da Pesquisa Demográfica e de Saúde da Etiópia (EDHS) 2011 e de pesquisas anteriores e modificado conforme necessário. O CM em AM resultou em adequado, quando a mãe respondeu metade ou mais das questões corretamente.	De 423 mães elegíveis, 405 concordaram em participar (95,7%). Média de idade = 27a / 40,2% não estudaram / 79,6% eram desempregadas / 80% viviam em núcleo familiar. Média de renda familiar: US 76.22, sendo que 48,9% recebem menos que US 50/mês. 86,2% receberam atendimento PN, mas só 59% receberam orientações sobre AM e 48,6% receberam atendimento pós-natal. <b>CM em AM: adequado para 76,5%; sabiam sobre o início da amamentação até a primeira hora de vida 69,9% das mães.</b> O aconselhamento sobre AM no PN foi um preditor para o início adequado da amamentação, juntamente com o local e forma de parto.	O desfecho (início adequado para a amamentação) esteve abaixo da recomendação nacional. Limitação: somente os aspectos quantitativos sobre o início do AM foram acessados. Os resultados podem ter subestimado a prevalência devido ao viés de memória.



Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Asfaw et al. 2015 Etiópia</p> <p><b>*Determinar o CM,</b> atitudes e prática relacionadas ao AME e os fatores que influenciam essa prática.</p>	<p>Estudo transversal, comunitário. Mães de bebês &lt;12m residentes na área estudada, com bebês sem restrições para amamentar. Gestantes foram excluídas.</p>	<p>Questionário estruturado, pré-testado administrado por entrevista. Dados sócio demográficos, CM, atitudes e prática do AME. Aqueles que respondiam corretamente a duração do AME aos 6m foram consideradas, com conhecimento.</p>	<p>634 mães responderam à pesquisa; 50% era de população rural; 25,7% analfabetas; 32,8% agricultoras; idade média: 30,9a; 34,2% tinham renda &lt;US\$30,00/mês. 89,4% foram atendidas no PN, sendo que destas, 56,6% tiveram 4+ visitas. 62,6% realizaram pós-natal. Nesses 2 momentos, 82,6% mães receberam orientações quando à alimentação infantil. <b>CM em AME: Duração: 83,4%</b> A razão mais frequente para deixar AME foi o retorno ao trabalho.</p>	<p>CM e atitudes relacionadas ao AME foram consideradas altas. Limitações: dados não podem ser generalizados, viés de memória e a estimativa da prática do AME por &lt;6m podem ter ficado superestimadas devido a amostra contar com crianças &lt;12 m.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Adugna, D.T. Etiópia 2014 Acessar a percepção das mulheres e os fatores de risco da demora em iniciar o AM.</p>	<p>Estudo transversal de base comunitária. Mães de crianças &lt; 24m, residentes permanentes nos kebeles selecionados. 10 mães-chave foram propositalmente selecionadas baseado nas suas atividades na comunidade para responderem as entrevistas mais aprofundadas sobre alimentação infantil (dados qualitativos)</p>	<p>Questionário estruturado, com perguntas aprofundadas para entrevistadas nos domicílios. Dados sócio demográficos, fatores de prática e CM sobre AM. Usaram dados quantitativos e qualitativos.</p>	<p>Das 384 mães, 383 responderam (99,7%). Idade média das mães: 25,08a. A maioria (61,4%) nunca frequentaram escola. 47,78% referiram não ter tido informações sobre a importância do colostro. Atraso em oferecer LM na 1ª hora após o parto esteve associado à falta de CM. 43% iniciaram no tempo certo. Mães que tinham CM sobre a duração do AME, tiveram 61% menos probabilidade de atrasar o início da amamentação do que mães sem esse conhecimento (AOR 0.39; 0.15, 0.93). <b>CM: 27,1% sabiam sobre a importância do colostro; 39,2% sabiam que o AM deveria iniciar na 1ª hora após o parto; 91,4% acreditavam que o AM é bom para a saúde do bebê.</b></p>	<p>Limitações: causalidade reversa e viés de memória.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e População	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Shafiq e Labib</b> Egito 2014</p> <p>Acessar os indicadores introduzida no tempo certo e os potenciais determinantes que afetam o AME.</p>	<p>Estudo transversal de base comunitária.</p> <p>Mães de &lt;2a e provindas de comunidades rurais do Egito.</p>	<p>Questionário pré testado e semi-estruturado administrado em visitas domiciliares, com perguntas adaptadas de outros estudos.</p> <p>Dados sócio demográficos, obstétricos e história de lactação, CM sobre AME e prática da AC.</p> <p>CM suficiente: &gt;=2 pontos.</p> <p>Cada resposta correta = 1 ponto.</p> <p>Máximo escore = 5.</p>	<p>Média de idade das mães: 25a; 56% analfabetas: 96,1% casadas e 76,2% donas de casa.</p> <p>Prática: Iniciaram AM no tempo certo (até 1h): 32,4%; deram AC: 63,7%. AME praticado por 29,9%.</p> <p><b>Mulheres com CM suficiente: 33,9%</b></p> <p><u>Fatores associados:</u> Aquelas com &gt; escolaridade tiveram significativamente mais respostas corretas sobre os benefícios do AM, duração do AME e AC.</p> <p>Ter &gt; CM sobre AM foram fatores positivos significativos para AME. OR=2.2 (1.3-3.6). Foram associados tb à prática do AME, além do CM, escolaridade e serviços de saúde oferecidos.</p>	

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e População	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Saleh et al</b> Bangladesh 2014</p> <p>Acessar as práticas da AC com base nas recomendações da OMS.</p>	<p>Estudo transversal descritivo de base comunitária em 4 favelas na cidade de Dhaka.</p> <p>120 pares de mulheres-filhos fora selecionados convenientemente.</p> <p>Crianças que estavam recebendo AM ou AC.</p>	<p>Questionário conduzido por entrevista, baseado nas recomendações da OMS quanto às práticas da AC.</p> <p>Questões sobre higiene foram abordadas.</p> <p>A prática da AC foi coletada segundo recordatório de 24hs.</p>	<p>As razões das mães não darem AME foram a <b>falta de CM em AME: 26% dos casos; 17% não sabem a idade de introdução da AC; 21% sobre a produção do LM e 28%</b> estavam doentes no período do estudo.</p> <p><b>98% tiveram CM adequado sobre a duração e preservação da AC</b>, porém na prática a higiene deixou a desejar em ambos os grupos (mães que amamentavam exclusivamente e que não).</p>	<p>Não descreve a população do estudo, características sócio demográficas. Nos resultados não mostra qual a idade da criança a quem eles estão se referindo.</p> <p>Tamanho amostral pequeno, não possível para generalizar os resultados para todo o país.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e comentários
Nguyen et al 2013 Vietnam Acessar os fatores associados à APL.	Este estudo transversal foi conduzido em 11 provincias do Vietnam onde acontecia o programa <i>Alive and Thrive</i> (A&T), que visava reduzir mortalidade e desnutrição em 2011.	Questionário estruturado para entrevistas nos domicílios. O desfecho principal foi a APL, oferta de água e fórmula infantil. Os determinantes para a prática da APL foram determinados de acordo com um modelo conceitual, no qual o CM sobre o AM fazia parte. - Eram 3 perguntas sobre o AM: Quanto tempo após o parto o bebê deve iniciar a amamentação; o que a mãe deve fazer com o colostro; em média, quantos ml de leite o bebê precisa por mamada no 1º dia após o parto? (5-7ml). Respostas corretas = 1 ponto; erradas 0. Foi criado um escore de conhecimento correto (0-3) visando detectar se o odds da APL mudava a medida que aumentava o CM sobre o AM. - Perguntas sobre conceitos errados sobre AM (10 perguntas) – Escala de 0-10. Baixo <-2; médio 3-4; alto 5-8. - 02 perguntas sobre normas sociais relacionadas ao AM: Escala 0-2 para análise nos modelos multivariados. Outras: Exposição às mensagens na mídia/características do parto/ problemas do parto e auxílio, sócio demográficos	Idade média: 27,7 a, 11,4% cursaram ensino fundamental ou menos; 83,3% viviam na zona rural. <b>CM: Os conceitos errados mais comuns foram:</b> 52,4%: bebês teriam sede se não recebessem água antes dos 6 meses; 48,6%: AME nos 1 <sup>os</sup> 6m não provê todos os nutrientes que o bebê necessita para sua saúde, ou para o ótimo desenvolvimento cerebral: 45,8%; 48,5%: a boca do bebê deve ser limpa com água após a mamada para prevenir aftas/sapinho; Regressão logística indicou que quanto mais conceitos equivocados as mães tiveram, maior foi o Odds em oferecer APL. (OR: 2.09, 95% CI: 1.74–2.50). Os fatores modificáveis associados à APL foram o CM em AM inadequado, os conceitos errados sobre AM e crenças a respeito das normas sociais e comportamentos relacionados a ele.	Primeiro estudo a relatar a APL no País. Dados insuficientes para contabilizar os casos nos quais a AC era justificada devido à prematuridade, bebês com baixo peso, ou filhos de mães com HIV. Porém, também não muito significativo por se tratar de caso existissem, seriam poucos casos. Limitações: causalidade reversa, viés de memória, porém, pouco significativo.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delimitação e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Cesar et al 2010 Brasil <b>*Avaliar o CM em sobrevivência infantil.</b>	Estudo transversal de base comunitária. Mães ou responsáveis de <5a, moradores nas áreas do estudo (18 áreas pertencentes a 9 dos 32 municípios mais pobres do país) de Julho a setembro 2002.	Questionário padronizado aplicado nos domicílios. Questões sócio demográficas, econômicas, e sobre o CM em sobrevivência infantil (reidratação oral, crescimento e desenvolvimento, infecções respiratórias agudas, AM e dieta, imunização e PN).	765 mães identificadas nas 18 áreas, 752 foram entrevistadas. Na área Pastoral haviam 31% mães adolescentes que na área controle; baixa renda e escolaridade. <b>CM: 35,6% - disseram ser negativo a oferta de água, suco, chá para o bebê no 1º ano de vida. Duração do AME: 62,5%.</b>	CM em sobrevivência infantil foi baixo.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delineamento e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Gamboia et al 2008 Colômbia  *Identificar o CM, atitudes e práticas do AM.	Estudo transversal conduzido em comunidades de assentamento.  Mulheres com idade entre 14-45a que viviavam no assentamento. Amostra de conveniência	Questionário estruturado, aplicado por entrevista direta por estudantes de nutrição da Universidade de Santander.  4 blocos: questões sócio demográficas e econômicas; CM; atitudes e práticas em AM.	96 mulheres responderam ao questionário; média de idade 27,4a; 60% donas de casa; 75% ganhavam menos de 1 s.m; 11,5% eram da área rural, 52,1% tiveram 5 anos ou menos de estudos.  <b>CM: 97,9% acreditavam que AM traz benefícios para o bebê; 44,7% que ajuda no crescimento; 43,6% evita enfermidades; 7,4% favorece o vínculo afetivo.</b>  <b>53,1% sabiam que o AM traz benefícios para elas; 63,5% sabiam da importância do colostro; 27% acham que o início do desmame se dá aos 6 meses ou mais; 13% sabiam a forma correta de amamentar; 49% não sabia como conservar o LM ordenhado.</b>	Bastante detalhado os resultados sobre o CM tanto para o AM quando AC. Não foi tudo incluído na tabela.  Considera que o CM influencia na prática.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delineamento e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
Kishore et al 2008 Índia  Acessar os diferentes padrões/prática e fatores associados ao AM e os <b>*conhecimento s sobre AM.</b>	Estudo transversal ocorrido na zona rural.  Mães de bebês de 0- 6m eram elegíveis.  Exclusões: mães que recusaram entregar o consentimento ou que não estavam em casa no momento da entrevista (ou o bebê).	Questionário pré-testado semi-estruturado aplicado em domicílio.  Questões sobre o início da amamentação, uso de APL, duração do AME, adequação do AM e conhecimento sobre os benefícios do AM.  Fonte das informações sobre o AM foi registrada;  A posição e a pega do bebê foram investigadas pelo investigador principal na presença de uma atendente da família e agente de saúde.  Ao final da entrevista as mães eram orientadas sobre o assunto.  Score de CM: Satisfatório: 4 pontos ou mais; inadequado: de 0-3 e adverso: -1. (Acertos +1, neutros 0, erros -1 ponto)	85 mães elegíveis, 8 exclusões por não estarem em casa no momento da entrevista = 77 entrevistadas.  71% foram além da educação primária / 20% baixo nível socioeconômico e condições precárias de moradia.  <b>CM satisfatório: 39%</b>  39% receberam orientações sobre AM  O CM assim como as práticas positivas referentes a ele são sub-ótimas nesta população.	Fatores associados: alfabetização da mãe, orientação prévia sobre AM e técnica para amamentar tiveram influência significativa sob o CM.  Limitações: os dados deste estudo podem não ser generalizados devido às diferenças entre os estados do país.  Pelo tamanho restrito da amostra, somente 6 variáveis puderam ser analisadas na análise multivariada.

Autores/Ano/ País/Objetivos	Delineamento e população	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<b>Khasawneh et al</b> 2006 Jordânia Avaliar as práticas, *conhecimento e atitudes do AM e fatores associados.	Estudo transversal ocorrido em comunidades semi urbanas. 5 conglomerados de 20 no norte da Jordânia. Mães casadas com bebês de 6 meses a 3 anos. Dados coletados por estudantes de medicina.	Questionário estruturado aplicado em visitas domiciliares, contendo questões demográficas, práticas e CM sobre AM. Escore de conhecimento de acordo com a escala Likert, (não concorda a concorda) convertido em percentual. Alto escore significou acordo com a questão. CM: Duração do AM, benefício em prevenir diarreia e ser contraceptivo.	<b>Principais Resultados</b> 344 entrevistadas. Idade média 34,7, 60% donas de casas, 51,3% tinham escolaridade fundamental ou mais. <b>CM: 37% - consideraram que o AM por 3 meses era tempo suficiente; 68% concordaram que é um bom método contraceptivo; 84% sabiam que AM previne a diarreia.</b> Mulheres com < escolaridade estiveram mais propensas a amamentar que as de > escolaridade. Fatores associados à amamentação: trabalho e cesárea. Muitas se sentiam encabuladas em amamentar em público.	Limitações: causalidade reversa; viés de memória

### Segunda Parte: Estudos transversais não comunitários: 18 estudos, sendo 08 brasileiros.

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<b>Shams et al</b> Irã 2016 Clarificar os fatores determinantes da prática da AC.	Transversal, descritivo e analítico Mães (n=132) de bebês de 6-24m com baixa estatura (de acordo com o gráfico <- 3dp), atendidas em 3 Centros médicos de saúde na cidade de Tehran, os quais faziam parte da fase de análise comportamental do estudo PRECEDE. Objetivou-se usar esses resultados para planejar intervenções para reduzir os efeitos adversos da condição da baixa estatura.	Questionário da fase em questão do modelo PRECEDE para acessar dados da prática da AC. Validado. 1. Questões socioeconômicas. (10 itens) 2: C.M. Cada resposta correta = 1 ponto; errada = 0. Escore: bom = >80% / médio 60-80% / pobre = <60%. 3. prática da AC (16 itens) 4. fatores facilitadores (7 itens) 5. fatores predisponentes (7 itens) Escore convertido em 0-100.	<b>Principais Resultados</b> 132 mães estudadas. Idade média: 29.3 <b>CM: Bom 0,8%; médio 20,4% e pobre 78,8%.</b> <b>Media do CM = 42,8/100.</b> Correlação de Pearson mostrou correlação positiva e significativa entre os fatores facilitadores e predisponentes e a prática da AC, mas não quanto ao CM.	Os 3 centros médicos estavam localizados em regiões de concentração de imigrantes, não tornando possível o resultado ser generalizado.

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Tamim et al Líbano 2016</p> <p>Descrever a adaptação e validação do Questionário de CM árabe (BFK-A) da versão original americana.</p>	<p>Foram pesquisadas uma amostra de conveniência composta por mulheres libanesas que foram às clínicas pediátricas em 2 hospitais universitários de Beirut.</p> <p>Gestantes saudáveis (316) que estavam no 1º ou 2º trimestre da gestação que manifestavam interesse em amamentar, ou mulheres (101) que aceitaram oferecer apoio à amamentação para futuras mães na intervenção, que haviam amamentado previamente ao menos 1 criança por no mínimo 2 meses.</p>	<p>Questionário contendo 20 questões, 10 (sim ou não) e 10 múltipla escolha.</p> <p>Tal questionário foi validado com 39 gestantes americanas de baixo nível socioeconômico e, confirmado posteriormente com 199 gestantes.</p> <p>Nessa pesquisa, foi realizado estudo piloto para testar a compreensão do instrumento e logo, 417 mulheres completaram o BFK-A, juntamente ao formulário de atitudes em alimentação infantil e questões sociodemográficas.</p>	<p>Idade média: 31.1; 66,2% frequentaram a universidade, 58,8% eram donas de casa.</p> <p><b>CM maior para algumas questões:</b></p> <p><b>90% sabiam que aumenta a produção do L.M amamentando frequentemente as crianças;</b></p> <p><b>92% sabiam que o L.M é o melhor alimento para o bebê;</b></p> <p>Menor para outras: 29,7% sabiam que a maneira de avaliar se o bebê mamou o suficiente é analisando a quantidade de fraldas molhadas em 24hs.</p>	<p>Apesar de ser um questionário validado, nem todas as perguntas são pertinentes para o nosso estudo.</p> <p>Amostra de conveniência.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Mogre et al 2016 Gana</p> <p><b>*Acessar o CM, atitudes e prática do AME e fatores associados.</b></p>	<p>Estudo transversal conduzido com mulheres da zona rural, mães/cuidadoras de bebês de até 6m que procuraram atendimento PN em centros de saúde em Gana e que não apresentavam doença.</p> <p>Exclusões: mães ou bebê HIV+, ou não tinham conhecimento se tinham ou não o vírus.</p> <p>Coleta de dados realizada pelo 2º autor do estudo.</p>	<p>Questionário pré-testado, validado, com questões adaptadas do Guia da FAO/OMS (Manual KAP), fechadas e abertas, contendo informações sócio demográficas, CM, atitudes e prática em AME para &lt;6m.</p> <p>13 questões. Corretas = 1 ponto; Incorretas = 0.</p>	<p>Das 217 mães interrogadas, 200 aceitaram participar do estudo.</p> <p>Idade média: 27,27a; 79,5% estavam empregadas; 93,2% casadas; 61% tinham educação básica.</p> <p><b>CM do AME: Definição correta: 73,7%, duração: 78,4%.</b></p> <p><b>Alto CM (&gt;70%): 45,8%</b></p> <p><b>Bebês devem mamar a livre demanda: 93,2%; sabiam dos benefícios do AM para o bebê: 95,8%, para a mãe: 88,4%.</b></p> <p><b>26% foram incapazes de definir AME; 22% disseram que somente AM não é suficiente para as necessidades nutricionais do bebê (bebê pode morrer se receber somente L.M por 6m); 88,9% não sabiam que o L.M podia ser ordenhado e armazenado e dado ao bebê posteriormente num momento que a mãe estava ausente.</b></p>	<p>Estudo demonstrou considerável alto CM, porém alguns lapsos no CM foram identificados; atitude positiva média, mas a prática do AME foi abaixo do desejado (58%).</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<b>Boff et al</b> Brasil 2015 Averiguar a associação entre os fatores maternos e sócio econômicos com o CM a respeito do AM.	Analtico Puérperas que estiveram na internadas na maternidade. Mães que se encontravam em leito hospitalar.	2 questionários padronizados e estruturados, a partir do levantamento de dados da literatura especializada, validados a partir de estudo piloto prévio. Dados quali e quantitativos. 1: questões socioeconômicas. 2: CM sobre AM: necessidade de água e/ou chá durante AME, intervalo de tempo entre mamadas, duração do AM, existência de LM fraco, proteção do LM contra doenças na criança, intervenção da mãe na amamentação bem sucedida, influência do estado emocional da mãe na produção de leite e o uso de pilulas anticoncepcionais na diminuição da produção de leite. Cada resposta correta = 1 ponto. Total máximo: 8 pontos. Transformado em % (segundo MS 2011).	<b>CM:</b> Maioria obteve escore 82,7%. Média 6,6 acertos. Fator associado: Puérperas com > renda familiar, apresentaram CM > ( $r=0,268$ ; $P=0,05$ ). <b>CM satisfatório: foi de 82,7% para 92,8% das mães entrevistadas.</b> <b>AME é suficiente até os 6m = 65,7%; 15,2% acreditavam que existe LM fraco.</b>	Poucas características da população alvo. CM foi considerado satisfatório em comparação com outros artigos.

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<b>Gyampoh et al</b> 2014 Gana Acessar a associação entre a exposição ao Programa de Monitoramento e Promoção do Crescimento (GMP) ao CM e prática da alimentação infantil.	Estudo transversal Pares de mães- filhos (idade entre 0-23m, de peso ao nacer >=2,5kg, não gêmeo, sem sinais de doenças), que frequentaram mensalmente as UBS selecionadas.	Questionário estruturado aplicado por entrevista, contendo informações sócio-demográficas, características maternas, CM e prática (rec.24hs) em alimentação infantil. Questionário adaptado de um previamente usado no Haiti: Idade adequada para introdução de água e outros líquidos, grãos/raízes e tubérculos, vegetais, frutas, laticínios, ovos e carnes; frequência alimentar e duração do AM. Escore sobre CM AM: 1 = Adequado CM sobre a idade de introdução de cada alimento; Para CM sobre a duração do AM = -2 (não sabe ou respondeu <6m); =2 (indicando 6-24m ou +).	<b>199</b> crianças incluídas no estudo. Idade média das mães: 28a; 77,4% tinham nível secundário ou + escolar / 17,1% estavam desempregadas. 74% atenderam às consultas na UBS agendadas para cuidados com a saúde da criança. <b>CM em IYCF: A maioria das mães foram capazes de indicar a idade adequada para a introdução dos alimentos (66,8% – para introdução de carnes, até 87,4% para o grupo dos grãos), mas ao redor de ¼ indicaram erroneamente a introdução para de vegetais, ovos e carnes; também sobre o número mínimo de vezes que o bebê deveria se alimentar – 86,4%. 56,4% acertaram sobre a duração do AM</b> O escore de CM em IYCF foi associado positivamente e significativamente com a participação no Programa GMP e com a idade materna para mães de <6m. Para mães de crianças entre 6-23m não houve associação. Para essas mães, o CM foi associado aos escores de prática alimentar, mas não com a participação no GMP.	O bom nível de CM nem sempre resulta em boas práticas. Esse contraste entre CM e prática pode ser devido a barreiras como trabalho, saúde, cultura e pressão social da família e amigos. Limitações: Não é possível generalizar os resultados devido às características particulares da região estudada; os resultados quanto ao conhecimento dos ACS podem não ter refletido a realidade pois eles podem ter especulado as respostas.

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Ortiz et al</b> 2014 Colômbia</p> <p>Identificar as mães que tinham *CM dos benefícios e consequências do AME.</p>	<p>Estudo transversal, descritivo e quantitativo, conduzido com mães de bebês de 1-6m, que procuraram consulta para imunização em centro de saúde em Santa Marta, Colômbia, não aleatória, amostra de conveniência.</p>	<p>Questionário pré-testado, elaborado após revisão de literatura, contendo 3 partes: identificação e caracterização; 14 questões sobre AM e técnicas de amamentação.</p>	<p>90 mães foram interrogadas; 51% tinha idade entre 15-25anos; 81% vive com companheiro.</p> <p><b>CM quanto ao AME:</b></p> <p><b>Definição correta: 85,6%; duração: 58,9%.</b></p> <p><b>78,9% sabe dos benefícios do LM para o bebê; 70% sabiam que a introdução de novos alimentos se dá a partir dos 6m; 60,6% sabem dos benefícios financeiros da amamentação.</b></p> <p>52,2% receberam as orientações de profissionais de saúde.</p>	<p>Amostra de conveniência.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Onah et al</b> Nigéria 2014</p> <p>Descrever a prática alimentar de &lt;6m e determinar fatores sócio demográficos que influenciam a prática do AME.</p>	<p>Estudo transversal, descritivo e analítico, conduzido no Hospital Infantil de Nnamdi.</p> <p>Crianças aparentemente saudáveis &lt;6m e sua mãe ou cuidadora que foram atendidas na Clínica. Alguns critérios de exclusão.</p>	<p>Questionário pré-testado, administrados por entrevistada, enquanto as crianças eram medidas e pesadas na clínica.</p> <p>Questões socioeconômicas, quanto ao nascimento, e CM sobre AM e AME.</p> <p>Desfecho = proporção de mães que amamentam exclusivamente seu filho &lt;6m durante as 24hs passadas.</p>	<p>534 elegíveis, 134 recusaram. n= 400.</p> <p>Maioria de baixa renda e tinham no máximo o ensino médio;</p> <p><b>CM: definição: 82%.</b></p>	<p>CM sobre AME alto, mas prática baixa.</p>



Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e comentários
<p>Souza et al 2013 Brasil</p> <p><b>Avaliar o conhecimento</b></p> <p>• de funcionárias de creches públicas sobre o AM e AC.</p>	<p>Estudo transversal, realizado em 15 escolas municipais de educação infantil de Uberlândia/MG.</p> <p>Todas as funcionárias foram convidadas.</p>	<p>Questionário composto por variáveis sócio demográficas, econômicas, questões sobre as percepções das funcionárias sobre sua influência na alimentação da criança e questões que avaliaram o conhecimento sobre AM e AC.</p> <p>Avaliação do conhecimento por cargo.</p>	<p>Amostra final: 304 funcionárias: 76, 25% ASG (auxiliares de serviços gerais), 155, 51% educadoras, 15 (5%) professoras, 15 (5%) diretoras e 15 (5%) coordenadoras pedagógicas. Maioria era casada.</p> <p>Acertivas quando ao conhecimento:</p> <p><b>97%: definição AME</b></p> <p><b>65%: duração do AME; duração do AM: 34%</b></p> <p><b>61%: idade para introdução de alimentos; 16% introdução de açúcar</b></p> <p>outras...existência de LM fraco, recipiente adequado para oferta de LM ordenhado, idade recomendada para introdução de carnes.</p>	<p>Maior conhecimento sobre AME e menor para AM e sobretudo para a introdução da AC, devido a maior divulgação de informações referentes ao AME.</p> <p>Limitações: faltaram questões sobre AC: consistência, textura, intervalo entre as refeições e oferta de alimentos industrializados.</p> <p>Considerou-se adequada a introdução do leite de vaca aos 6 meses, porém hoje, esta é aos 12m.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Mbada et al 2013 Nigéria</p> <p>• <b>Acessar CM</b> em AM, atitudes e técnicas e posturas e boa pega.</p>	<p>Estudo transversal.</p> <p>Mães que estavam amamentando por pelo menos 6m a 2 a, que estavam sendo atendidas em clínicas, para consultas de pós-natal para imunização.</p>	<p>Questionário auto-administrado contendo informações sócio-demográficas, características maternas, CM (12 questões) e atitudes relacionadas ao AM, técnicas posturais usuais para amamentação, posicionamento e boa pega.</p> <p>Escala likert de 1 a 5 e transformada em escala de 100 pontos, multiplicando por 20.</p>	<p>Dos 400 questionários distribuídos, retornaram para análise 383.</p> <p>Média de idade das respondentes = 29 anos.</p> <p>88% declararam que já tinham ouvido falar em AME, e hospitais foi a &gt; fonte de informação.</p> <p><b>CM:</b> Na escala de 100 pontos:</p> <p><b>AM promove vínculo mãe-filho: 76; 3 meses para AME é tempo suficiente 36;</b></p> <p><b>AM frequente no período inicial da vida pode ajudar a reduzir icterícia 66;</b></p> <p><b>Padrão de crescimento de bebês que mamam no peito difere daqueles que usam formula infantil 66;</b></p> <p>Teve significância estatística para a associação entre ter tido treinamento sobre AM e o escore de CM cumulativo.</p>	<p>O alto nível de conhecimento sobre AME pode ser devido ao fato de o estudo ter sido conduzido em hospitais “amigos da criança”</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Stuebe and Bonuck</b></p> <p>EUA</p> <p>2011</p> <p>Medir a associação entre a intenção de amamentar exclusivamente e o CM, as atitudes e crenças relacionadas a ele.</p>	<p>Transversal com dados coletados de sujeitos que participaram de entrevista de PN nos estudos: BINGO (n=639) e PAIRINGS (n=269) - ambos estudos contínuos, cegos, randomizados e controlados. Intervenção para promoção do AM em população de alto risco de New York, NY.</p> <p>Gestantes, &gt;18a, que falavam inglês ou espanhol, e estavam no 1º ou 2º trimestre de gestação não gemelar, sem fatores de risco conhecidos para parto prematuro, contra-indicação médica para amamentação ou condições que impossibilitariam o bebê de amamentar. Foram excluídas as mulheres que não tinham certeza se amamentariam.</p>	<p>Questionário utilizado no momento da entrevista de PN, adaptado do <i>Infant Feeding Practices Study II (IFPS)</i>, estudo o qual usaram para comparação dos dados posteriormente.</p> <p>- Dados socio demográficos, nível educacional, intenção em retornar ao trabalho ou aos estudos após o nascimento do bebê, história prévia de amamentação, intenção de amamentar, conhecimento, atitudes e crenças a respeito da amamentação.</p> <p>Para acessar o CM, as mães respondiam se concordavam ou discordavam (escala Likert de 5 pontos) com as afirmações referentes ao AM e saúde da criança.</p> <p>Compararam os dados com o estudo longitudinal "IFPS II", o qual possuía amostra representativa da população nacional, feito com gestantes no PN, com resultados sobre a alimentação infantil até o 1º a de vida.</p>	<p>883 mulheres.</p> <p>45,9% tinham intenção de fazer AME.</p> <p><b>CM: AME:</b> 52,4% disseram que o bebê deveria receber só LM até os 6 meses;</p> <p><b>AM:</b> 65% das mães não concordaram com a frase: fórmula infantil é tão bom quanto LM (&gt; IFPS).</p> <p>Esse estudo obteve mais respostas positivas sobre a proteção do LM contra infecções, diarreia, obesidade, do que o estudo IFPS.</p> <p>O CM sobre os benefícios do AM foram significativamente associados com a intenção de amamentar referida no PN de maneira dose-dependente.</p>	<p>Limitações: vies de desejo social; mulheres desse estudo foram entrevistadas pessoalmente, enquanto que no IFPS II, responderam por correio.</p> <p>As taxas de amamentação subiram com o passar dos últimos anos, o que pode ter refletido os &lt; n<sup>os</sup> dessa pesquisa quanto ao AM e AME.</p> <p>Esse estudo enfatizou a questão das mães se sentirem confortáveis em amamentar em público. Isso, bem como o CM, esteve diretamente relacionados com a intenção de amamentar.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Fragoso e Fortes</b></p> <p>Brasil</p> <p>2011</p> <p>Descrever os fatores associados à prática do AM.</p>	<p>Transversal, descritivo.</p> <p>Nutrizes, adultas, &gt; 20 a, internadas no período pós-parto na maternidade do hospital público do Distrito Federal, entre outubro e novembro 2010.</p> <p>Foram excluídas as adolescentes, as que apresentaram algum distúrbio cognitivo e/ou complicações pós-parto da mãe ou filho.</p>	<p>Questionários elaborado pelas próprias pesquisadoras (segundo MS 2011).</p> <p>Questões sócio demográficas e de CM sobre AM.</p> <p>Cada resposta correta = 1 ponto. Total máximo: 8 pontos. Transformado em %.</p>	<p>De 42, participaram 34 nutrizes.</p> <p>76,5% entre 20-29a ; eram casadas, com renda familiar &gt; 2s.m; 23,5% &gt;30a, solteiras com renda &lt;=2 s.m. / 47,06% sem vínculo empregatício; 44,12% 2º grau completo; 100% (n=34) realizaram o PN, sendo que apenas 26,47% (n=9) realizaram +7 consultas.</p> <p>64,71% receberam orientações de AM.</p> <p><b>CM em AME: Duração: 50%.</b></p>	<p>A prevenção contra doenças e o aumento do vínculo entre mãe e filho foram consideradas as principais vantagens para a saúde da criança e materna.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Uchendu et al Nigéria 2009</p> <p>Avaliar a percepção das mães quanto ao AME e sua relação com a prática.</p>	<p>Estudo transversal na Clínica pediátrica do Hospital Escola da Universidade da Nigéria (UNTH) em Enugu. (Hospital amigo da criança).</p> <p>Orientações sobre AME são feitas no PN.</p> <p>Crianças excluídas: nascidas antes 1992, ou em hospitais onde o AME não estava sendo promovido, &lt;6m no período do estudo, não acompanhadas pelos pais.</p>	<p>Questionário auto-aplicado</p>	<p>De 200, responderam 184 (TR=92%).</p> <p><b>CM sobre AME foi excelente: 94% para a definição e 90,8% para a duração.</b></p> <p>Taxa de AME: 32,4%; Foi mais alta para aqueles que acreditavam que o LME deixava as crianças mais saudáveis.</p>	<p>A percepção materna quando ao AME teve significativa relação com a prática.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p>Volpato et al Brasil 2009</p> <p>•Verificar o CM sobre amamentação, as principais causas do desmame precoce e a frequência ao PN.</p>	<p>Estudo observacional transversal, prospectivo, descritivo, realizado com gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil (AMI) em Tubarão/SC, no período de PN.</p> <p>Todas as gestantes atendidas no AMI, excluídas aquelas &lt;18a não acompanhadas dos pais.</p>	<p>Questionário aplicado por entrevista, contendo 20 perguntas sobre AM.</p> <p>Dados sócio demográficos, dados do PN, idade gestacional, intenção de amamentar, participação em palestras sobre AM, leis de proteção à nutriz, etc.</p> <p>Sobre CM: toda mulher pode amamentar, melhor leite para a criança, até quantos meses o LM pode ser exclusivo, de quanto em quanto tempo se deve amamentar, informações sobre o preparo e os cuidados da mama, uso de chupeta, leite "fraco" ou "forte", necessidade de complementar o LM.</p>	<p>Idade média: 25a; média da renda familiar = 3 s.m.; 32,4% ganhavam &lt;2s.m</p> <p>70,3% receberam orientações sobre AM (profissionais de saúde);</p> <p><b>CM: Duração AME: quase 80% acertaram (6m).</b></p> <p><b>As funções do LM lembradas foram a prevenção contra doenças e o auxílio das relações afetivas entre mãe-filho; 81,1% não conheciam as leis.</b></p> <p>Respostas melhores para quem frequentou em média 4,2 consultas de PN.</p>	<p>41,9% relataram que a volta ao trabalho é um impeditivo para amamentar exclusivamente o filho por 6m.</p> <p>Apesar do CM sobre AM, a taxa de amamentação exclusiva é baixa, ao redor de 3m.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Valezin et al</b></p> <p>Brasil</p> <p>2009</p> <p>Levantar as necessidades de CM em relação à alimentação dos seus filhos; desenvolver um instrumento educativo.</p>	<p>Pesquisa quantitativa exploratória e levantamento bibliográfico. Realizada em UBS no interior de SP.</p> <p>Amostra por conveniência: todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa. Inclusão: mães de &lt; 2 anos que frequentavam a UBS, sem ser funcionaria, comunicavam-se verbalmente.</p> <p>Pesquisa em 3 etapas: levantamento de dados por questionário; levantamento bibliográfico e elaboração do material.</p>	<p>Questionário elaborado pelos pesquisadores e validado por 5 juizes. 24 questões relacionadas à mãe e ao bebê.</p> <p>Dados sócio demográficos.</p> <p>O CM em relação à alimentação da criança até o 2º ano foi avaliado através dos seguintes critérios: 1- idade que a mãe considera adequada para a criança começar a ingerir outros tipos de líquidos além do LM; 2- e idade adequada para começar a comer frutas; e 3- para começar os alimentos sólidos.</p>	<p>50 pessoas (100%).</p> <p>Nenhuma analfabeta, 46% casadas, 49% renda familiar entre 2-3 s.m; 58% donas de casa; 34% trabalhavam; 6% estudantes.</p> <p>90% receberam orientações sobre AM e 66% sobre AC.</p> <p>86% colocaram os ensinamentos em prática.</p> <p><b>CM: 42% não possuem CM adequado.</b></p> <p><b>48% acreditam que a criança pode começar a ingerir outro líquido antes dos 6m; 43% começar a ingerir frutas no 6º mês.</b></p>	<p>Amostra de conveniência.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e comentários
<p><b>Komarsson, et al</b></p> <p>2008</p> <p>Brasil</p> <p>Caracterizar o perfil sócio demográfico das mães que amamentaram exclusivamente ou não; verificar o tipo de alimentação oferecida aos lactentes e <b>*averiguar o CM sobre pontos importantes do AM</b></p>	<p>Estudo descritivo, quantitativo.</p> <p>Mães de lactentes até o 2º ano de vida acompanhados no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) da Universidade Federal do Ceará, que aceitaram participar da pesquisa e que amamentaram ou que continuavam amamentando seus filhos exclusivamente ou não.</p>	<p>Entrevistas individuais utilizando formulários que abordavam dados sócio demográficos, o tipo de alimentação oferecida à criança e o CM sobre o AM.</p>	<p>n = 120; 91,2% renda familiar mensal de 1-3 s.m; idade das mães entre 18-30anos; 78,4% tinham 9+ anos de estudo; 83,3% tinha parceiro fixo; 77,5% do lar.</p> <p>Acertivas sobre o CM:</p> <p><b>CM em AME: (* significativo estatisticamente)</b></p> <p><b>* 90,1%: livre demanda; o LM já possui água suficiente 77,5%; proteção para as mães contra o câncer de mama e de ovário: 94,2%.</b></p> <p><b>90,2%: duração; 94,1%: possui tudo que a criança precisa.</b></p> <p>Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança:</p> <p><b>97,1%: LM protege a criança de infecções; 100%: promove o vínculo entre mãe e filho; 90,1%: alguns anticoncepcionais podem influenciar a produção do leite.</b></p>	<p>Mesmo que a maioria tenha um bom conhecimento sobre a importância da amamentação as mães não têm amamentado seus filhos do modo esperado.</p>

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delimitação	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e comentários
Shimabukuro et al 2008 Brasil <b>*Avaliar o conhecimento sobre</b> alimentação infantil de educadoras de creches públicas e filantrópicas.	Estudo transversal, realizado em 8/36 creches do município de São Paulo.  Foi parte do estudo "Crecheeficiente"	Questionário estruturado e pré-codificado com questões de múltipla escolha e "verdadeiro e falso" aplicado nas reuniões mensais na creche.  23 questões baseadas no Manual do Crecheeficiente, subdividido em 3 subtemas: AM (11), aleitamento artificial (5) e AC (7).  Acertos= 0 ponto / Erro = 1  Variáveis sociodemográficas, econômicas, ambientais e experiência materna.	Amostra final: 137 de 146 funcionárias. Idade média 38a; 41,3% com curso superior completo e 26,1% incompleto; renda mensal entre R\$ 564 – 15.000.  <b>Conhecimento:</b> Maiores acertos:  <b>96,4%: quando a mãe é muito magra não produz leite mais fraco; 88,4% não se deve fortalecer o leite de vaca com farinhas; 99,3% frutas são a melhor opção para ser oferecida como sobremesa.</b>  Maiores erros: 79%: higiene das mãos durante a amamentação; 87,7%verificação da temperatura do leite na mamadeira ; 68,8% o 1º alimento a ser oferecido aos bebês.	Mesmo que as educadoras trabalhem com o assunto em sua rotina, muitas vezes os conhecimentos e as práticas não são coerentes.

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delimitação	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e comentários
Noguera e Orellana 2004 Colombia <b>Explorar o CM</b> sobre condutas ótimas de AM.	Estudo transversal, descritivo.  Mães que frequentavam o Sistema de Assistência Social Colombiano no período de puerpério.  Organização Wellstart, atuante na promoção do AM.	Questionário aplicado às mães de acordo com as 5 condutas recomendadas pela Wellstart:  1ª - início do AM em até 1 hora pós o parto;  2ª - amamentação a livre demanda frequente, incluindo amamentação noturna;  3ª - AME até os 6m;  4ª - AC quando o bebê está ao redor de 6m;  5ª - continuação do AM até 2 anos ou mais com desmame gradual.  Escala de 0-1, sendo que 0,6 foi considerado CM aceitável.  Variáveis sócio demográficas, econômicas, convívio com a avó; paridade, emprego/estudo, informação recebida pela UBS no PN.	n = 104. Idade média 26a, 80,8% casadas; 50,9% terminaram o ensino fundamental; 45% não receberam orientações de AM do pessoal da Assistência Social; 54,8% desempregadas; média de consultas PN, 06.  <b>Média do CM nas 5 condutas: 0,73.</b>  A maior média 0,8, foi relacionada à 1ª conduta, enquanto a menor, 0,6, à 4ª; média das 2ª, 3ª e 4ª condutas: 0,7. (Pontuação intermediária).  <b>CM bom em geral: 79,4% (CM aceitável).</b>  Identificaram grupos com perfis homogêneos de mulheres, quanto às variáveis sócio demográficas e sociais, e estabeleceram uma escala de 1-7, (7 grupos) dos quais o 1º perfil teria as características mais vulneráveis e o 7º grupo, as mais vantajosas. Percebeu-se uma tendência linear crescente do CM a medida que aumentava os níveis de escala dos perfis.	CM aceitáveis, porém, as práticas estão aquém do desejável.  Obstáculo para a prática da AME, foi os horários de trabalho.  Fatores associados ao >CM: >idade, escolaridade, renda, multiparidade, viver com companheiro, ter recebido orientação sobre AM, estar estudando e trabalhando e ter a presença da avó em casa.

Autores/Ano/ País/Objetivos	População e Delineamento	Instrumentos e Variáveis	Principais Resultados	Limitações e Comentários
<p><b>Percegoni et al</b> Brasil 2002 <b>*Investigar o CM</b> sobre AM.</p>	<p>Transversal, com entrevistas a puérperas, no 2º dia após o parto, que tiveram RN normais, atendidas nos 2 hospitais de Viçosa/MG.</p>	<p>Questionários com 12 perguntas sobre CM em AM</p>	<p>n = 266; 53% entre 20-29a ; 74% tinham apenas o 1º grau incompleto; 94% delas fizeram PN, porém, 67,3% delas não haviam recebido orientações sobre AM.</p> <p><b>CM: pouco CM sobre a sucção para aumentar a produção do LM (apenas 1,5% souberam), técnicas para abocanhar (61% não conheciam) e ingurgitamento mamário; 84,6% desconheciam as leis de proteção à nutriz.</b></p> <p><b>40,6% mencionaram a proteção contra doenças quando perguntadas sobre as funções do LM além de alimentar o bebê (54,8% não souberam).</b></p>	

Siglas utilizadas: CM: conhecimento materno / LM: leite materno / AM: aleitamento materno / AME: aleitamento materno exclusivo/ AC: alimentação complementar / APL: alimentação pré-láctea / ACS: agentes comunitários de saúde / PN: pré-natal / SS: serviço de saúde / DD: diversidade dietética / m: meses / a: anos / RN: recém nascido / IYCF: infant young child feeding (alimentação infantil de bebês) / OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde / OMS: Organização Mundial da Saúde