

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina

Graduação em Nutrição

Bruna Montelli Lacerda

**CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES DE
CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES DE IDADE PERTENCENTES AO
TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**

PORTO ALEGRE, 2015

BRUNA MONTELLI LACERDA

**CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES DE
CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES DE IDADE PERTENCENTES AO
TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Canuto

PORTO ALEGRE, 2015

CIP - Catalogação na Publicação

Montelli Lacerda, Bruna

Características da Gestação e Práticas Alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade pertencentes ao território de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre/RS / Bruna Montelli Lacerda. -- 2015.

60 f.

Orientador: Raquel Canuto.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Cuidado à saúde. 2. Materno-infantil. 3. Gestação. 4. Aleitamento materno. 5. Alimentação complementar. I. Canuto, Raquel, orient. II. Título

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

BRUNA MONTELLI LACERDA

**CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES DE
CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES DE IDADE PERTENCENTES AO
TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**

**Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado à Universidade
Federal do Rio Grande do Sul,
Faculdade de Medicina, Curso de
Nutrição.**

Porto Alegre, 27 de novembro de 2015.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES DE IDADE PERTENCENTES AO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**, elaborado por Bruna Montelli Lacerda, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof. Dra. Luciana Dias de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dra. Marilda Borges Neutzling (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dra. Raquel Canuto – Orientadora

FORMATO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Este trabalho de Conclusão de Curso segue o formato proposto pela Coordenação do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo estruturado da seguinte forma:

1. Resumo
2. Referencial Teórico
3. Justificativa
4. Objetivos
5. Referências
6. Manuscrito a ser submetido à Revista
7. Normas da Revista de Interesse de Submissão

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus pais por terem possibilitado estes seis anos na faculdade e incentivado a minha graduação. Minha mãe por sempre me apoiar em todos os momentos, bons ou ruins e meu pai por ser meu maior exemplo de dedicação na formação acadêmica e profissional.

Agradeço imensamente à Nutricionista Maria Elisa, grande responsável pelo projeto e pela conclusão deste trabalho e, principalmente, por ter sido fundamental nos últimos três anos da minha formação, permitindo que eu tivesse a possibilidade de vivenciar de perto a Atenção Básica no SUS e de me apaixonar por essa área, além de ter contribuído diretamente no meu amadurecimento pessoal e profissional. A tua vontade, dedicação, alegria e generosidade são contagiantes e espero ser capaz de ser uma profissional tão competente quanto tu.

Agradeço à minha Orientadora Professora Raquel Canuto, com quem não tive aulas de fato durante o curso, mas que, em pouco tempo como supervisora de estágio, mostrou imensa competência, enriqueceu minha formação e me inspirou como profissional a ponto de ser escolhida para me orientar. Além disso, claro, por ter aceitado esta aventura, por ter participado de cada etapa e por ter tido paciência quando eu literalmente desaparecia sem responder aos e-mails. Tu és demais!

Por último, mas não menos importante, agradeço à ex-colega de faculdade e agora Nutricionista Taís Martins, de quem somente neste último ano tive a possibilidade de me aproximar. Nosso encontro foi absolutamente singular e a construção da nossa amizade justamente nesse período foi fundamental e não foi por acaso. Obrigada por ter escolhido ser minha dupla, por me tirar das enrascadas quando eu não sabia as respostas, por sempre ter parado para me ouvir, por cada abraço, por cada palavra de incentivo e por cada puxão de orelha. Tu também és um exemplo para mim!

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil ainda possui uma complexa configuração de situações de exclusão social e vulnerabilidade em grupos específicos e existem territórios, como o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre, que, ainda hoje, não estão totalmente incorporados socialmente ao processo de desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, possuem piores indicadores de saúde materno-infantil quando comparados às áreas mais desenvolvidas. Do ponto de vista nutricional, as fases iniciais da vida de uma criança (intra-útero e primeiro ano) são caracterizadas por processos fundamentais de crescimento e de desenvolvimento integral. Neste sentido, a prática do aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses, é recomendação do governo brasileiro, assim como a introdução de alimentação complementar adequada e saudável a partir dos seis meses. O reconhecimento das práticas de cuidado à saúde, das práticas alimentares e a identificação de situações de risco das famílias adstritas a um território é uma ferramenta importante na elaboração de plano de ações em saúde para prevenir morbimortalidade materno-infantil e promover hábitos saudáveis. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo conhecer as características da gestação e as práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade pertencentes ao território da Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** A partir do contato com a Unidade e busca em prontuários, foi organizada uma listagem de mães com crianças de 6 a 12 meses. Com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, foram agendadas visitas domiciliares para realização de entrevista com as mães. Foi utilizado questionário pré-estruturado e testado, que tratou sobre as características sociodemográficas maternas, dados sobre a gestação, dados sobre a criança, dados sobre o aleitamento materno e dados sobre alimentação complementar. **RESULTADOS e CONCLUSÕES:** Os resultados apresentados indicam que, os índices de aleitamento materno são melhores que as médias nacionais, porém o problema central encontrado foi a inadequação na oferta de alimentação complementar, que também vai de encontro com muitos dados nacionais e com a realidade de saúde infantil do país. Faz-se necessário, portanto, a promoção da educação permanente para os profissionais da saúde com abordagem prioritária nas deficiências encontradas.

Palavras-chave: cuidado à saúde, materno-infantil, gestação, aleitamento materno, alimentação complementar

ABSTRACT

Brazil has a complex configuration of social exclusion and vulnerability in specific groups and there are territories, such as the Health District Gloria/Cruise/Cristal in Porto Alegre, which even today are not fully incorporated socially to the development process economic and hence have worse indicators of maternal and child health when compared to more developed areas. From a nutritional point of view, the early stages of a child's life (in utero and first year) are characterized by fundamental processes of growth and overall development. In this sense, the practice of breastfeeding for two years or more, being unique in the first six months, it is the recommendation of the Brazilian government, as well as the introduction of adequate and healthy complementary feeding from six months. Recognition of health care practices, feeding practices and the identification of risk situations of the families enrolled to a territory is an important tool in the development of health actions plan for preventing maternal and child mortality and promote healthy habits. This study aims to know the pregnancy characteristics and the feeding practices of children 6-12 months of age belonging to the territory of the Family Health Unit Osmar Freitas, in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. From contact with the Unit and search records, a list of mothers with children 6-12 months were organized. With the help of Community Health Agents were scheduled home visits to conduct interviews with the mothers. Was used pre-structured and tested questionnaire, which dealt with on maternal socio demographic characteristics, data on pregnancy, information about the children, data on breastfeeding and complementary feeding data. The results indicate that the breastfeeding rates are better than the national averages, but the main problem found was inadequate in additional power supply, which also goes against many national data and the reality child health in the country. It is necessary, therefore, to promote continuing education for health professionals with a priority approach to the deficiencies identified.

Keywords: health care, mother and child, pregnancy, breastfeeding, complementary feeding

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AB – Atenção Básica

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade

DGCC – Distrito Glória, Cruzeiro, Cristal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

PAISC - Programa Assistência Integral à Saúde da Criança

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA	11
2.2	POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO- INFANTIL	16
2.3	ALEITAMENTO MATERNO	19
2.4	ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	21
3	APRESENTAÇÃO	24
3.1	CONTEXTO DA POPULAÇÃO E DO AMBIENTE	24
4	JUSTIFICATIVA	25
5	OBJETIVOS	26
5.1	OBJETIVO GERAL	26
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
7	ARTIGO ORIGINAL A SER SUBMETIDO À REVISTA DE NUTRIÇÃO ISSN 1678-9865	34
8	NORMAS DA REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO	55

1 INTRODUÇÃO

O projeto deste trabalho foi concebido a partir de experiências em dois anos e meio de monitoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Rede Cegonha, uma integração entre Política Pública, Ensino e Trabalho através da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde e Gerência Distrital cujos objetivos eram de implementar ações de atenção à saúde das mulheres e crianças a partir de uma rede de cuidados atual que visa assegurar os direitos materno-infantis e a atenção humanizada e de reorientar a formação de profissionais da área de saúde. Além disso, o mesmo vem a complementar outro projeto, chamado “Corujando Família e Bebê” que surgiu também de uma parceria Ensino-Serviço, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família Cruzeiro (NASFC), que percebeu uma demanda das equipes e, a fim de fortalecer o vínculo e qualificar o cuidado longitudinal oferecido pelas ESF às famílias com crianças de menores de um ano, iniciou ações de educação em saúde materno infantil dentro dos núcleos familiares.

Os objetivos do PET-Saúde, a vivência no âmbito do Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, no território do Distrito Docente Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal, produziram um efeito real sob o olhar para a complexidade da conjuntura deste ambiente e para as necessidades de atenção em saúde desta população. Sendo assim, este trabalho apresenta um referencial teórico com o Contexto da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil, as Políticas e Estratégias de Atenção à Saúde Materno-Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, além de apresentação e contextualização do ambiente e desta população no Distrito e em uma Unidade de Saúde da Família a ele pertencente. Seguido por justificativa, objetivos e artigo com os resultados, discussão e conclusão do projeto realizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), partiu do marco legal “*a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Esse marco refletia o momento político pelo qual a sociedade brasileira passava, saindo da ditadura militar, em que cidadania não era um princípio de governo, e surgindo como um modelo de saúde consolidado como um dos direitos de cidadania, voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado com as mesmas e apontando para a democratização nas ações e serviços de saúde através dos princípios norteadores de sua criação: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Porém, estas premissas não têm sido o suficiente para colocar totalmente em prática as conquistas que representam na atenção aos usuários, como o aumento da oferta pública de serviços de saúde, o aumento da capacidade gestora e mudança nos modelos de gestão, a ampliação do acesso às ações de saúde, as mudanças nas práticas de atenção e expansão dos programas de saúde em todo o país. Apesar de os progressos serem consideráveis, a amplitude e a complexidade dos problemas de saúde são evidentes, relacionados com a conjuntura social e econômica em que vivemos, gerando desafios e necessidades de articulações no sentido de buscar melhorias e novas perspectivas para efetividade do sistema (MARTINS, 1997).

Nesse mesmo processo de construção, a organização do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população representa a Atenção à Saúde e, numa perspectiva histórica, devido aos reflexos gerados pela pauta dos princípios norteadores da criação do SUS e pelos remodelamentos do sistema, a atenção à saúde foi organizada em níveis crescentes conforme o grau de complexidade tecnológica demandada pelos procedimentos realizados, mas com igual relevância em todas as partes. Sendo assim, os níveis de atenção dos serviços de saúde são classificados em primário ou básico,

secundário e terciário (BAPTISTA, 2005), buscando uma melhor programação e o planejamento das ações e serviços. Neste contexto, a saúde pública vem se desenhando através de diferentes modelos, programas e estratégias.

Desde os anos 90, houve uma evolução nos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, o que proporcionou um maior contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e a atenção à saúde passou a ser uma demanda das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (BRASIL, 2006). Também começou a haver um enfoque maior na cobertura por família como unidade de ações programáticas, e não mais somente o indivíduo. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres. Este foi o início do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir do êxito do PACS e da necessidade de integrar novos profissionais para que os agentes não trabalhassem de forma isolada (VIANNA, 1998).

O PSF foi idealizado em uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília/DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde com apoio do UNICEF, vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (Cosac), sendo divulgado oficialmente em 1994 (VIANNA, 1998). Inicialmente foi definido como um modelo de assistência que visava desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade (MARTINS, 1997; BRASIL, 1994). A implantação do PSF se deu prioritariamente nas regiões onde havia população submetida a situações de alto risco sócio-sanitário, priorizando áreas geográficas selecionadas com base em indicadores de concentração de pobreza e risco nutricional, delimitadas pelo Mapa da Fome elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) em 1993 (BRASIL, 2012; PELLIANO, 1993). Ressaltando que um dos critérios utilizados para classificar as regiões em graus de vulnerabilidade social é a presença de crianças pequenas (de 0 a 4 anos) nas famílias.

O PSF rapidamente foi ganhando adesão e aceitabilidade pelos Municípios e entendido como um avanço na operacionalização do SUS. Por isso, posteriormente foi

adotado como uma estratégia, Estratégia de Saúde da Família (ESF), para a Atenção Básica (AB) e não mais um programa de saúde. Sua implantação e a AB fortalecida foram fundamentais para a discussão e aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em fevereiro de 2006.

A Atenção Básica é desenvolvida como uma estratégia capaz de estruturar as redes integradas de atenção à saúde, um centro de comunicação na construção de um sistema de saúde efetivo. Foi instituída como uma das estratégias recomendados por organismos internacionais, como Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para a área da saúde nos países em desenvolvimento, nos anos 90. Deve funcionar como o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, como a principal porta de entrada dos usuários. Portanto, a AB orientada pelos princípios e bases que organizam o SUS tem como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida e saúde das famílias a ela vinculadas, onde a universalidade, a acessibilidade, a equidade, a participação social, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização e a humanização, representam imperativos éticos, morais e científicos para a realização da saúde (BRASIL, 2012).

Fundamentos da Atenção Básica: PNAB, 2012

- I. Territorialização, que permita o planejamento descentralizado e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde, sempre em consonância com o princípio de equidade;
- II. Acesso universal e contínuo a serviços de saúde organizados, de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;
- III. Adscrição dos usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV. Efetivação da integralidade em suas várias dimensões, articulando ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do mesmo é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;
- V. Estímulo à participação e controle social como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Quadro 1. Fundamentos da Atenção Básica.

Fonte: Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012)

A ESF, dentro do âmbito da AB, é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012). A ESF deve ser prioridade para a qualificação e melhoria do acesso da população ao SUS, isto porque esta modalidade possui uma dinâmica orientada para a promoção da qualidade de vida, permitindo identificação mais acurada e melhor acompanhamento de doenças crônicas, resolve os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, em média 85% das demandas

e/ou necessidades do processo saúde e doença, cuidado e qualidade de vida das famílias às equipes vinculadas (BRASIL, 2012; SOUSA, 2007; BRASIL, 2000). É fundamental que as equipes reconheçam o território adstrito e assumam responsabilidade sanitária no mesmo, considerem a dinamicidade existente no contexto, os indivíduos em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território (BRASIL, 2012).

No processo de transformação do modelo assistencial, o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco na atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, podem ser ressaltados como progressos da atenção à saúde e como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde (RIBEIRO, 2004).

No ano de 2006, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS (municípios, estados e União), no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde. Surgindo, então, o Pacto pela Saúde, a partir da Portaria número 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, dividido em três partes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006). Dentre as prioridades firmadas no Pacto pela vida, a Redução da mortalidade infantil e materna, a Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável e o Fortalecimento da AB são três pontos importantes no contexto deste trabalho. Reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, também foram duas das oito metas identificadas, no ano de 2000, em um documento denominado de “Declaração do Milênio” e conhecido como “Metas do Milênio” aprovado pela Organização das Nações Unidas (ONU), assinado por 191 países membros, que estabeleceu, através das conferências mundiais ocorridas nos anos 90, um conjunto de objetivos para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo até 2015, visto a existência de tecnologias e conhecimentos para resolução da maioria dos problemas enfrentados pelos países pobres e em desenvolvimento.

2.2 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Nas últimas décadas, as mudanças nas políticas e sistemas de saúde no Brasil, a AB se tornando o pilar do SUS e a priorização geográfica de cuidados na implantação das ESF, como citados anteriormente, possibilitaram melhorias importantes no acesso à maioria das intervenções de saúde materno-infantil e de saúde para cobertura quase universal, e as diferenças regionais e socioeconômicas no acesso a tais intervenções reduziram consideravelmente (VICTORA, 2011). O Brasil se transformou em uma sociedade em que mais de 80% da população vive em áreas urbanas, as taxas de fertilidade diminuíram de seis para dois filhos por mulher, o acesso à educação básica se tornou universal e a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de cinco anos a cada década (PAIM, 2011; VICTORA, 2011). Além disso, de uma forma geral, o país alcançou as “Metas do Milênio”: houve redução do número de crianças abaixo do peso, redução da taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos e redução das taxas de mortalidade materna. Como justificativa para estes avanços, estão o crescimento econômico, a redução da desigualdade de rendas, a urbanização, a melhoria da educação para mulheres, os programas de transferência de renda e melhorias em água e saneamento, promoção do aleitamento materno e a implementação de muitos programas nacionais para melhorar a saúde materno-infantil (VICTORA, 2011).

No entanto, ainda que em progressão, o país possui uma complexa configuração de situações de exclusão social e vulnerabilidade. Há territórios como o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre, que, ainda hoje, não estão totalmente incorporados socialmente ao processo de desenvolvimento econômico. Diante desta realidade, existem índices de mortalidade desiguais entre a população materno-infantil e, nestes territórios menos privilegiados, a necessidade de ampliação da qualidade dos planos de intervenção é evidente.

O programa de saúde da mulher teve um salto de qualidade a partir dos anos 80, com a formulação de propostas que atendiam integralmente a mulher brasileira, incluindo pela primeira vez a possibilidade de contracepção, introduzindo no programa todas as fases de vida da mulher (GIFFIN, 1991). O processo de construção do SUS teve grande influência sobre a implementação dessas políticas e a municipalização da

gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização da atenção básica, por meio das ESF, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema (BRASIL, 2004).

Através de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, essa área busca promover a saúde e prevenir as doenças (BRASIL, 1984). A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição) (BRASIL, 2004).

Uma das principais áreas de atenção à saúde da mulher, durante a gestação, é o Pré-Natal, acompanhamento por meio de consultas mensais e, a partir do último trimestre, quinzenais, que garantem a realização de exames propícios para cada trimestre (PORTO ALEGRE, 2012). O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é a prevenção da morbimortalidade materno-infantil, pois, acolher a mulher desde o início da gravidez, permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno. Atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada é imprescindível, se dá por meio do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005). Na busca pela garantia da efetividade destas ações, é necessária a coerência com os processos de transformação da atenção básica e com os pressupostos de reconhecimento do território e da população e de responsabilização pelas equipes, como discutido anteriormente.

As fases iniciais da vida de uma criança (intra-útero e primeiro ano) são caracterizadas por processos fundamentais de crescimento e de desenvolvimento integral. Condutas inadequadas, distúrbios, fatores nutricionais e metabólicos podem determinar graves consequências, em curto e longo prazo, na saúde e no bem-estar destes indivíduos, como retardo de crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2010). Na década de 80, baseado no desfavorável perfil de saúde da população infantil brasileira em condições sanitárias e epidemiológicas, foram formuladas ações básicas de assistência integral à saúde da criança, pelo MS, através do Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Estas ações visavam assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, retirando o foco de uma atenção baseada em doenças para um modelo que contemplasse toda a complexidade dos processos de desenvolvimento e crescimento adequados (BRASIL, 1984). Tendo em vista este novo enfoque, algumas ações básicas foram propostas, dentre as quais cabe ressaltar: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária. Após essa fase, nos anos 90, as diretrizes políticas continuaram reafirmando que o crescimento e o desenvolvimento infantis eram referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente e foram sendo gradativamente incorporadas às atividades do PACS e do PSF (BRASIL, 2002).

A atenção à saúde da criança tem como eixo, então, o acompanhamento programado e longitudinal do crescimento e desenvolvimento e deve se basear na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico precoce e na recuperação de enfermidades, complementado por ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações. Para isso, as ações devem se iniciar na gravidez com o monitoramento do crescimento intra-uterino e das condições gerais de saúde e, para seu êxito, é elementar a captação das gestantes para o Pré-Natal e a identificação das situações de risco para a saúde da criança e, após o parto, o vínculo do bebê à Unidade de referência (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012). Atualmente, o ingresso e acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos no sistema de saúde se dá através do contato com as famílias: espontâneo, por agendamento da maternidade ou por visita domiciliar. Sendo identificada a área de responsabilidade a qual pertencem, são realizados os testes e vacinas necessários e agendamento de consulta para inscrição e

início no programa Prá-Nenê. O programa de vigilância de saúde das crianças no seu primeiro ano de vida tem como objetivo desenvolver ações de vigilância da saúde, através do referenciamento de todos os recém-nascidos aos serviços de saúde da rede básica, do monitoramento do crescimento e do desenvolvimento dessas crianças, da identificação dos recém-nascidos de alto risco dedicando-lhes atenção especial e da avaliação do desempenho das redes de serviço no atendimento a esse público alvo. No município de Porto Alegre, está estruturado há mais de 20 anos, sendo implantado em toda a rede básica de saúde (PORTO ALEGRE, 2012; PORTO ALEGRE, 2004). O contato mais próximo com a criança e sua família propicia o conhecimento das condições de vida e saúde da população adstrita ao serviço e a socialização das informações entre as equipes, reforçando, novamente, a integração ao sistema e o cumprimento de suas diretrizes.

2.3 ALEITAMENTO MATERNO

A prática do aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses, é recomendação do governo brasileiro através de órgãos representativos, como o MS, e enfatizado pela OMS, como medida essencial de saúde pública que colabora efetivamente na redução do risco de agravos futuros. (BRASIL, 2015)

Apesar destas recomendações, das evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de AM no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva (AME), estão bastante aquém das recomendadas. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, a prevalência de aleitamento exclusivo entre o nascimento e seis meses incompletos foi de 38,6%, entre os menores de dois meses que estavam sendo amamentados, 18% consumiam leite não-humano, percentual que gradualmente aumentava nas faixas etárias seguintes com elevação progressiva do desmame completo. Entre o quarto e o quinto mês de idade cerca de um terço das crianças já estava completamente desmamada. Em estudo realizado durante a Campanha Nacional de Imunização no ano de 2008, para investigar a adequação das práticas alimentares no

primeiro ano de vida e seus fatores associados na cidade de Porto Alegre (RS), os pesquisadores encontraram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 41% entre as crianças de zero a seis meses com até quatro meses de vida e de 21,4% entre as crianças entre quatro e seis meses. (CAMPAGNOLO et al, 2012)

Amamentar é muito mais do que nutrir, é um processo que possui um papel extremamente importante no desenvolvimento e crescimento da criança e sua superioridade é uma questão muito bem esclarecida, através de diversos estudos científicos. Há diversos argumentos que sustentem sua prática, como: proteção contra diarreia e infecções respiratórias (BOCCOLINI, 2012; ALBERNAZ, 2003), diminuição do risco de alergia à proteína do leite de vaca e de outros tipos de alergias (VAN ODIJK, 2003), diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto, diabetes e chance de obesidade, além de possuir um efeito positivo na inteligência com melhora no desenvolvimento cognitivo infantil (HORTA, 2007). Além disso, como vantagens para a mulher, tem sido atribuída também a proteção contra câncer de mama, câncer de ovário, câncer de útero, hipercolesterolemia, obesidade, osteoporose, depressão pós-parto (IP, 2009; ROSENBLATT, 1995; KULIE, 2011; GUNDERSON, 2010; DURSEN, 2006; HENDERSON, 2004) e, ainda, menores custos financeiros e promoção de vínculo afetivo com benefícios psicológicos para a criança e para a mãe.

A definição dos determinantes do AM é bastante importante, a fim de se trabalhar com a realidade para proporcionar o maior tempo possível de aleitamento às crianças. Embora os estudos não sejam conclusivos e existam muitos fatores a se considerar, dentre os principais fatores relacionados, encontram-se: renda familiar, idade da mãe e grau de escolaridade da mãe. Em relação à renda familiar, trabalhos demonstram que não existe relação significativa com o tempo de amamentação (ESCOBAR, 2002; ISSLER, 1989). Em contrapartida, em outro estudo observaram-se prevalências significativamente maiores nos grupos de maior renda. Em relação à idade materna, as prevalências de amamentação foram significativamente maiores conforme aumentou a idade materna. (VICTORA, 2000; VENÂNCIO, 2010) Em relação à escolaridade materna, um estudo observou que não há diferença na prevalência de amamentação até os 6 meses em relação à escolaridade materna. (CESAR, 2000), resultado diferente de outros dois trabalhos, em Porto Alegre (Giugliane et al.17) e em São Paulo (ESCOBAR, 2002), que constataram que, as mães com maior nível de escolaridade amamentaram por mais tempo, sendo a duração do aleitamento materno

positivamente influenciada pelo maior nível de escolaridade da mãe (VENÂNCIO, 2002).

Sendo assim, é de extrema importância que não se generalize a capacidade de amamentar, sem que antes se considere os contextos. O profissional de saúde tem papel relevante nesse trabalho e, por isso, é fundamental o incentivo e apoio ao aleitamento materno, através do acompanhamento pré-natal cuidadoso, da formação de grupos de gestantes e durante a puericultura para que a mulher se sinta assistida em suas dúvidas e dificuldades e possa assumir com mais segurança e tranquilidade seu papel s de mãe e de provedora do alimento. Além disso, estas devem ser pautas constantes na organização dos processos de trabalho e de atenção das ESF.

2.4 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Assim como a recomendação a respeito do aleitamento materno e de sua exclusividade até os seis meses de idade, já que nesse período ele é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê, o MS recomenda que, a partir dessa idade, sejam introduzidos alimentos complementares. Assim, a alimentação complementar deve fornecer quantidades suficientes de água, macro e micronutrientes, por meio de alimentos seguros, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança. Nessa fase da vida, a criança já tem melhor desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, a sustentação da cabeça e a erupção dos primeiros dentes que facilitam a mastigação. Além disso, a criança inicia um processo que a acompanha até a vida adulta, em que se estabelecem suas preferências e seus hábitos alimentares, pois é também a partir dessa fase, que o paladar começa a melhor se desenvolver e que há aproximação progressiva aos hábitos alimentares familiares. Da mesma forma que o aleitamento materno, a adequada introdução de alimentos está diretamente relacionada ao adequado crescimento e desenvolvimento infantil, tendo implicações graves quando ofertada de maneira inadequada, como: anemia, deficiência de vitamina A, outras deficiências de micronutrientes, excesso de peso e desnutrição (BRASIL, 2015).

A alimentação constitui um dos assuntos que mais comumente gera controvérsias e inseguranças, assim é também para os responsáveis pelo cuidado com o

bebê, pois estabelecer uma alimentação efetiva e saudável é um pré-requisito para a sobrevivência e qualidade de vida dos lactentes e depende de complexos fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais. Muitos dados nacionais apontam também práticas alimentares muito aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável, como, por exemplo, o leite de vaca integral e alimentos industrializados, além da oferta insuficiente de frutas, verduras e legumes que desfavorece o balanço de macro e micronutrientes (BRASIL, 2015; BRASIL, 2010; CAMPAGNOLO, 2012). Em relação ao leite de vaca, seu consumo por crianças menores de 12 meses traz questionamentos sobre a oferta de ferro, a baixa biodisponibilidade do mesmo e a possibilidade de causar perda de sangue pelo trato gastrintestinal e levar à sobrecarga renal pela quantidade de proteínas e alguns minerais em sua composição (MODESTO, 2007).

Segundo Bortolini et al., apenas 12,7% das crianças brasileiras de 06 a 59 meses consumiam verduras de folhas, 21,8% consumiam legumes e 44,6% consumiam frutas diariamente. Também se observou elevado consumo de refrigerantes (40,5%), alimentos fritos (39,4%), salgadinhos (39,4%), doces (37,8%), na frequência de uma a três vezes na semana (BORTOLINI, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo que, dentre as crianças menores de 6 meses, os alimentos consumidos com maior frequência foram: água ou chá (58,6%), fórmula infantil (49,2%), leite de vaca (25%) e suco de fruta (19%). Dentre as crianças entre 6 e 23 meses, os itens avaliados que apresentaram maior frequência de inadequação foram: consumo de suco ou refresco industrializado no último mês (60,8%), não ter recebido leite materno no dia anterior (56,9%), refrigerante no último mês (54,2%), ter recebido papa salgada antes dos 6 meses de idade (45,2%), e ter recebido açúcar antes dos 6 meses de idade (32,4%) (COELHO, 2015).

De acordo com a PNDS, de 2006, a prevalência de anemia entre menores de cinco anos era de 20,9%, sendo que na Região Nordeste esse percentual alcança 25,5%. A OMS estima que a prevalência da deficiência de ferro é, em média, 2,5 vezes maior do que a prevalência de anemia observada, e também estima que 50% dos casos de anemia acontecem em função da deficiência de ferro (OMS, 2001, 2008). Em relação à vitamina A, sua deficiência requer bastante atenção, pois este micronutriente possui papel fundamental na visão, no crescimento e desenvolvimento ósseo, além dos processos imunológicos e sua fortificação ou suplementação está dentre as intervenções

em saúde, juntamente com o apoio ao aleitamento materno, com o maior potencial para reduzir a carga de morbidade e mortalidade infantil (OMS, 2011). O desenvolvimento precoce da obesidade já é considerado um problema de saúde pública mundial e constitui a característica epidemiológica mais marcante do processo de transição nutricional da população brasileira (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Segundo dados do IBGE, de 2010, apesar do excesso de peso em crianças menores de cinco anos ser de aproximadamente 7%, o excesso de peso em crianças na idade de 5 a 9 anos é de 33,5%. Esta condição pode gerar consequências graves a curto e longo prazo, portanto é necessária a prevenção desde o nascimento (SKINNER, 2002). A ingestão de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal pode prejudicar a qualidade da dieta e diminuir o interesse da criança por alimentos saudáveis. O consumo dos mesmos é facilitado na população de baixa renda em função de seu baixo custo. (DREWNOWSKI; SPECTER, 2004; DREWNOWSKI, 2007).

Existem também associações entre perfis sociodemográficos maternos e as práticas alimentares das crianças. Um estudo realizado utilizando dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) encontrou um perfil socioeconômico caracterizado por mães com menor renda e menor escolaridade associado com o consumo alimentar inadequado das crianças menores de 6 meses observando-se maior consumo de água/chá, leite de vaca e papa salgada (COELHO, 2015). Em compensação, estas mesmas mães tinham tendência a oferecer feijão e comida de panela no jantar para as crianças entre 6 e 23 meses, mesmo resultado encontrado em outro estudo, que associou o consumo de comida de panela por crianças de 6 a 12 meses às mães com idade inferior a 20 anos, menor escolaridade e sem trabalho fora do domicílio (SALDIVA, 2007).

Diante do exposto, considerando que a alimentação pode ser decisiva para a saúde da criança neste período vulnerável e a importância da identificação precoce de hábitos não saudáveis, ressalta-se novamente a relevância da atuação das equipes de saúde, associada à implementação das políticas públicas atuais de alimentação e nutrição para promover o aleitamento materno, a introdução oportuna e adequada da alimentação complementar e hábitos alimentares saudáveis, uma vez que estes profissionais têm competência para orientar as mães ou responsáveis quanto à alimentação infantil e elaborar o esquema de introdução de alimentos complementares, quando necessário, aprimorando assim as práticas alimentares dessa população.

3 APRESENTAÇÃO

3.1 Contexto do ambiente e da população

O Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) tem sua Atenção Básica e Serviços Especializados em Saúde sob responsabilidade da Gerência Distrital GCC e localiza-se na região centro-sul da cidade de Porto Alegre/RS (figura 1), atendendo uma população, segundo dados do IBGE de 2010, de cento e sessenta mil habitantes. Este Distrito conta com oito Unidades Básicas de Saúde e dezessete Unidades de Saúde da Família (USF), compostas por vinte e nove Equipes de Saúde da Família (ESF), visto que algumas USF possuem mais de uma ESF. Tem sido um dos cenários preferenciais de práticas de integração Ensino-Serviço e local de desenvolvimento dos mais diversos projetos, como os PET e a Disciplina Integradora "Práticas Integradas em Saúde I" da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UNIDA, 2013).

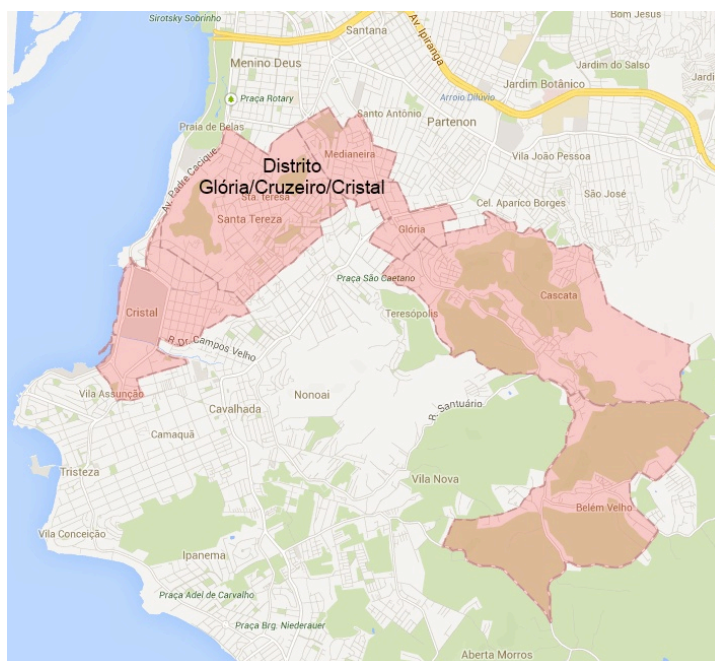


Figura 1- Mapa do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal – Porto Alegre/RS

Em Porto Alegre, os dados a respeito da mortalidade infantil por causas, na maioria das vezes, evitáveis por ações dos serviços de saúde, como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido caíram de 14,8 para 10,5 (redução de 29,38%) a cada mil nascidos vivos de 1990 para 2010 (IBGE, 2010). Apesar disso, no Distrito Cruzeiro, os números estão acima da média municipal, atingindo 13,88 óbitos a cada mil nascidos vivos. Concomitantemente, este distrito possuía uma população de 801 crianças menores de 1 ano, uma das maiores taxas do município de gestação na adolescência e de mães com baixa escolaridade, fatores relacionados com perspectivas negativas de saúde (IBGE, 2010; SINASC-SMS, 2010). Fica evidente, portanto, a necessidade de ampliação da qualidade dos planos de intervenção, principalmente de doenças não transmissíveis, de crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação e que os programas e ações voltados para este público sejam devidamente executados pela Rede de Saúde.

A Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas existe desde o ano de 2002, sob gestão da GDGCC e está localizada no Bairro Santa Tereza. Atualmente, possui duas ESF (I e II), subdivididas em quatro e cinco microáreas, respectivamente. Segundo dados cadastrais da unidade, de fevereiro de 2015, obtidos por Agentes Comunitários em Saúde, revisados pelos Enfermeiros e encaminhados para a GDGCC, a população da área I era de 2.312 pessoas, sendo 27 crianças menores de um ano, e a população da área 2 compreendia 2.004 pessoas sendo 15 crianças menores de um ano, totalizando 4.316 usuários. Uma das maiores demandas das ESF encontra-se nas crianças menores de dois anos e essa faixa etária, na sua maioria, pertence à classe média baixa e baixa.

4 JUSTIFICATIVA

Considerando o contexto da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil, as Políticas e Estratégias de atenção à saúde materno-infantil, baixas taxas de AM e AME até os seis meses de idade e as práticas alimentares de crianças a partir desta idade aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável, bem como o contexto do ambiente dessa população no DSGCC no município de Porto Alegre,

realizamos a seguinte pesquisa a fim de investigar os fatores associados ao cuidado à saúde de crianças dos seis aos doze meses, os conhecimentos e as práticas por parte das famílias adstritas ao território de uma Unidade de Saúde, para compreensão de como se dão esses processos dentro dos lares, até que ponto as informações, evidências científicas e recomendações estão relacionadas com a realidade diária dessas famílias, e quais intervenções poderiam ser integradas para ações mais efetivas de cuidado.

Todos os resultados obtidos serão apresentados às Equipes de Saúde da Família com o propósito de fornecer um material de apoio com informações e subsídios para embasamento dos planos de ação das mesmas de acordo com as necessidades reais do seu território, além de servirem como estímulo ao cuidado longitudinal e ao fortalecimento de vínculo entre ESF e população.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Conhecer as características da gestação e as práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade pertencentes ao território da Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as mães com filhos de 6 a 12 meses de idade pertencentes ao território da unidade de saúde.
- Identificar o perfil sociodemográfico das famílias.

- Identificar o acesso aos serviços de saúde e qualidade do cuidado na gestação e no parto.
- Investigar os conhecimentos e as práticas das mães a respeito de aleitamento materno e alimentação complementar e as dificuldades encontradas em ambos os momentos.
- Analisar a relação entre perfil sociodemográfico das famílias, acesso aos serviços de saúde e práticas de aleitamento materno e alimentação complementar.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. *R. Saúde Pública*, v. 37, p. 485-493, 2003.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BOCCOLINI, C. S. et al. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Ci. e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1857-1863, 2012.

BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, set. 2012.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Título VIII – da ordem social; capítulo II – seção II, da saúde -. Artigos 196; 197; 198 (parágrafo único – ec 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da criança: ações básicas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília (DF): MS; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

CAMPAGNOLO PDB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. Nutr.*, Campinas, 25(4):431-439, jul./ago.,2012.

Candeias NMF. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. *Rev Saúde Pública* 1983; 17: 71- 82.

COELHO, Luciola de Castro et al . Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 727-738, Mar. 2015 .

DURSEN, N. et al. Influence of duration of total breastfeeding on bone mineral density in a Turkish population: does the priority of risk factors differ from society to society? *Osteoporosis International*, v. 17, p. 651-655, 2006.

ESCOBAR, Ana Maria de Ulhôa et al . Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 2, n. 3, p. 253-261, Dec. 2002

GIFFIN, K.M. Mulher e saúde . *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2):133-134,abrjun.1991.

GUNDERSON, E. P. et al. Duration of lactation and incidence of the metabolic syndrome in women of reproductive age according to gestational diabetes mellitus status: a 20-year prospective study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). *Diabetes*, v. 59, p. 495-504, 2010.

HENDERSON, J. J. et al. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, v. 30, p. 175-180, 2003, p. 31-76, 2004 Erratum.

HORTA, B. L. et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and metaanalyses. Geneva: WHO, 2007.

IP, S. et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Develop Countries. *Breastfeeding Medicine*, v. 4, p. 17-30, 2009. Suppl 1.

ISSLER H, Lione C, Quintal V. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de SP, Brasil. *Bol Ofic Sanit Panam* 1989; 106: 513-22.

KULIE, T. et al. Obesity and women's health: an evidence-based review. *J. Am. Board. Fam. Med.*, v. 24, p. 75- 85, 2011.

MARTINS JS. Exclusão social e a nova desigualdade. São Paulo (SP): Paulus; 1997.

MODESTO SP, Devincenzi MU, Sigulem DM. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. *Rev Nutr* 2007; 20(4):405-415.

PAIM J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; published online May 9. DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60054-8.

PELLIANO AMTM, coordenador. O mapa da fome II: informações sobre a indigência por município da Federação; Brasília (DF): IPEA; 1993.

PORTO ALEGRE. Prefeitura municipal. Saúde da mulher, 2012. Disponível em < http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=684 >

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre - SMS / Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde – CGVS; Grupo Hospitalar Conceição - GHC / Serviço de Saúde Comunitária – SSC; Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul – SPRS. A Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade; novembro de 2004.

RIBEIRO EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev Latino-am Enfermagem* julho-agosto 2004; 12(4): 658-64.

ROSENBLATT, K. A.; THOMAS, D. B. Prolonged lactation and endometrial cancer: WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *Int. J. Epidemiol.*, v. 24, p. 499-503, 1995.

SALDIVA SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associate maternal factors. *J Pediatr* 2007; 83(1):53-58.

SOUSA MF. Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da Desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. 250 p.

UNIDA Rede. Integração ensino – serviço: caminhos possíveis?/ organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Liliane Maria dos Santos. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. 136 p.: Il. – (Cadernos da Saúde Coletiva; v.2)

VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature: 1966-2001: on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*, v. 58, p. 833- 843, 2003.

VENÂNCIO SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Ver Saúde Pública* 2002; 36(3): 313-8.

VENÂNCIO SI, Escuder MML, Saldiva SRD, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatric*. 2010; 86 (4): 317-24.

VIANNA ALA, Dal Poz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. (RJ): Abril; 1998.

VICTORA CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; published online May 9. DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60055-X.

VICTORA CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet (British edition)*, p. 29-42, 2011.

VICTORA CG, Gigante D P, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 259-65.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: vitamin A supplementation in infants and children 6–59 months of age. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS UNIVERSITY; United Nations Children's Fund . Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. WHO: 2001.

WORLD HEATH ORGANIZATION. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005:

WHO global database on anaemia. Geneva: WHO, 2008.

7 ARTIGO ORIGINAL A SER SUBMETIDO À REVISTA

CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES DE IDADE PERTENCENTES AO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS

GESTAÇÃO E PRÁTICAS ALIMENTARES

PREGNANCY AND FEED PRACTICES

Bruna Montelli Lacerda - Aluna do Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil. Email para contato: brunamontellilacerda@gmail.com

Maria Elisa Troglio Fróes - Nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Porto Alegre – Brasil.

Raquel Canuto - Professora do Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil.

Endereço Faculdade de Medicina - Rua Ramiro Barcelos, 2400. Comissão de Graduação em Nutrição - COMGRAD NUTRIÇÃO, 4º andar. Telefone: (51) 3308-5941.

RESUMO

Do ponto de vista nutricional, as fases iniciais da vida de uma criança (intra-útero e primeiro ano) são caracterizadas por processos fundamentais de crescimento e de desenvolvimento integral. O reconhecimento das práticas de cuidado à saúde, das práticas alimentares e a identificação de situações de risco são ferramentas importantes na elaboração de plano de ações em saúde para prevenir morbimortalidade materno-infantil e promover hábitos saudáveis. O presente estudo buscou conhecer as características da gestação e as práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade pertencentes ao território da Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A partir do contato com a Unidade e busca em prontuários, foi organizada uma listagem de mães com crianças de 6 a 12 meses. Com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, foram agendadas visitas domiciliares para realização de entrevista com as mães. Foi utilizado questionário pré-estruturado e testado, que investigou as características sociodemográficas maternas, dados sobre a gestação, dados sobre a criança, dados sobre o aleitamento materno e dados sobre alimentação complementar. Os resultados mostraram que os índices de aleitamento materno são melhores que as médias nacionais, porém o problema central encontrado foi a inadequação na oferta de alimentação complementar, que também vai ao encontro com muitos dados nacionais e com a realidade de saúde infantil do país. Faz-se necessário, portanto, a promoção da educação permanente para os profissionais da saúde com abordagem prioritária nas deficiências encontradas.

Termos de indexação: saúde materno-infantil, aleitamento materno, alimentação complementar

ABSTRACT

Regarding a nutritional point of view, fundamental processes of growth and overall development characterize the early stages of a child's life (in utero and first year). Recognition of health care practices, feeding practices and identification of risk situations are important tools in the development of health action plan for preventing maternal and child mortality and promote healthy habits. This study aimed to investigate the pregnancy characteristics and the feeding practices of children 6-12 months of age belonging to the territory of the Family Health Unit Osmar Freitas, in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Contact health service and search records in a list of mothers with children 6-12 months were organized. Home visits to do interviews with the mothers were scheduled with the aid of community health agents. Pre-structured and tested questionnaire was used, which dealt with on maternal sociodemographic characteristics, data on pregnancy, information about the children, data on breastfeeding and complementary feeding data. The results showed that the breastfeeding rates are better than the national averages, but the main problem found was inadequacy in additional power supply, in accordance with many national data and the reality infant health in the country. It is necessary, therefore, to promote continuing education for health professionals with a priority approach to the deficiencies identified.

Index terms: maternal and child health, breastfeeding, complementary feeding

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) foi instituída como uma das estratégias recomendadas por organismos internacionais, como Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para a área da saúde nos países em desenvolvimento, nos anos 90. Nas últimas décadas, as mudanças nas políticas e sistemas de saúde e na organização da AB como pilar do SUS por meio da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitaram melhorias importantes no acesso à maioria das ações de saúde materno-infantil e de saúde. As diferenças regionais e socioeconômicas no acesso a tais ações também reduziram consideravelmente ^{1,2}.

No ano de 2000, o Brasil e outros 190 países, liderados pela Organização das Nações Unidas (ONU), pactuaram um conjunto de oito metas para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo até 2015 - “Metas do Milênio” ³. Entre essas metas, o Brasil avançou nos indicadores de saúde materno-infantil, com a redução do número de crianças abaixo do peso, a redução da taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos e a redução das taxas de mortalidade materna ^{4,5,6}. No entanto, o país ainda possui uma complexa configuração de situações de exclusão social e vulnerabilidade em grupos específicos. Existem territórios, como o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre, que, ainda hoje, não estão totalmente incorporados socialmente ao processo de desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, possuem piores indicadores de saúde materno-infantil quando comparados às áreas mais desenvolvidas ⁷.

Destacam-se como as causas desses avanços o crescimento econômico, a redução da desigualdade de renda, a urbanização, a melhoria da educação para mulheres, os programas de transferência de renda e melhorias em água e saneamento, promoção do aleitamento materno e a implementação de programas regionais para melhorar a saúde materno-infantil ^{4,5}.

Do ponto de vista nutricional, as fases iniciais da vida de uma criança (intra-útero e primeiro ano) são caracterizadas por processos fundamentais de crescimento e de desenvolvimento integral. Condutas inadequadas, distúrbios, fatores nutricionais e metabólicos podem determinar graves conseqüências, em curto e longo prazo, na saúde

e no bem estar destes indivíduos, como retardo de crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis⁸.

Neste sentido, a prática do aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses, é recomendação do governo brasileiro através de órgãos representativos, como o Ministério da Saúde, e enfatizado pela OMS, como medida essencial de saúde pública que colabora efetivamente na redução do risco de agravos futuros. Da mesma forma, a introdução da alimentação complementar oportuna e saudável a partir dos seis meses de vida da criança está diretamente relacionada ao adequado crescimento e desenvolvimento infantil, tendo implicações graves quando ofertada de maneira inadequada⁹. Para tanto, existem programas específicos que propiciam o trabalho com estas recomendações, a promoção da saúde e a construção de vínculo com as famílias. A atenção Pré-Natal e puerperal é fundamental na prevenção da morbimortalidade materno-infantil, pois acolhe a mulher desde o início da gestação e permite a promoção de hábitos saudáveis e a identificação de situações de risco. Assim como o vínculo do bebê à Unidade de referência e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, possibilitando a detecção de riscos e agravos^{9,10}.

Diante do exposto, considerando que a alimentação pode ser decisiva para a saúde da criança, neste período vulnerável, e a importância da identificação precoce de hábitos não saudáveis, faz-se necessário, por parte das equipes de saúde, reconhecer as práticas alimentares e de cuidado à saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para tanto, o objetivo deste trabalho é conhecer as características da gestação e as práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade pertencentes ao território da Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal descritivo, com uma amostra de 12 mães com crianças de 6 a 12 meses de idade adstritas à USF Osmar Freitas. A USF Osmar Freitas pertence ao distrito sanitário de saúde Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC), localizado na região centro-sul da cidade de Porto Alegre/RS. O DGCC atende uma população de cento e sessenta mil habitantes³. A Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas existe desde o ano de 2002. Atualmente, possui duas ESF (I e II), subdivididas em quatro e cinco microáreas, respectivamente. Segundo dados cadastrais da unidade, de fevereiro de 2015, obtidos por Agentes Comunitários em Saúde (ACG), revisados

pelos Enfermeiros e encaminhados para a GDGCC, a população da área I era de 2.312 pessoas, sendo 27 crianças menores de um ano, e a população da área 2 compreendia 2.004 pessoas sendo 15 crianças menores de um ano, totalizando 4.316 usuários. Uma das maiores demandas das ESF encontra-se nas crianças menores de dois anos e essa faixa etária, na sua maioria, pertence à classe média baixa e baixa.

Foram incluídas no estudo mães biológicas de crianças dentro desta faixa etária, pertencentes à área de cobertura e com cadastro ativo na Unidade que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas as mães cujo contato não foi possível em três tentativas para realização de visita domiciliar ou entrevista na Unidade e as que, por algum motivo, não foram capazes de responder aos questionamentos.

A amostra foi determinada por conveniência e incluiu todas as mães localizadas nos prontuários da unidade de saúde que atendiam aos critérios de inclusão entre os meses de agosto e setembro de 2015. A partir do contato com a Unidade e busca em prontuários, foi organizada uma listagem com nomes, respectivos endereços e separação por Equipes de Saúde e ACG responsáveis. Com o auxílio dos ACG, foram agendadas visitas domiciliares para realização de entrevista com as mães. Todas as visitas foram realizadas com o acompanhamento de ACG responsável pela família.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado questionário pré-estruturado e testado. O questionário tratou sobre as características sociodemográficas maternas, dados sobre a gestação, dados sobre a criança, dados sobre o aleitamento materno e dados sobre alimentação complementar.

As características sociodemográficas foram investigadas pelas seguintes questões: idade: em anos completos; estado civil (sem companheiro, com companheiro); escolaridade (primeiro grau completo ou incompleto, segundo grau completo ou incompleto, superior completo ou incompleto); cor de pele autorreferida (branca, negra ou parda); ocupação (do lar, trabalha fora, trabalha em casa para fora, está de licença maternidade); renda familiar em salários mínimos (até um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, de dois a três, de três a cinco e de cinco a dez); acesso a plano de saúde (sim ou não).

As características da gestação foram investigadas pelas seguintes questões: gestação planejada (sim, não); gestação bem aceita (sim, não); realização de pré-natal

(sim, não) e local (unidade de referência, outro local) número de consultas pré-natais; tipo de parto (normal, cesárea) e local; contato com o bebê na primeira hora após o parto (sim, não); estimulação do aleitamento materno na primeira hora após o parto (sim, não); revisão puerperal (sim, não); ajuda com o cuidado ao bebê (pai, avó paterna/materna, outra pessoa); sentimento de tristeza/deprimida (sim, não).

As características da criança foram investigadas pelas seguintes questões: idade em meses completos; realização do Prá-Nenê (sim, não); teste do pezinho (sim, não); vacinas em dia (sim, não); intercorrências (sim, não).

As características sobre aleitamento materno foram investigadas pelas seguintes questões: aleitamento materno (sim, não), até que idade (menos de seis meses, até seis meses, entre seis e nove meses, entre nove e doze meses); aleitamento materno exclusivo (sim, não), até que idade (antes de seis meses, depois dos seis meses); dificuldades para amamentar (sim, não), quais (rachaduras/feridas, mamilo invertido, quantidade de leite, leite empedrado, dor, pega do bebê, posicionamento, vergonha, outro), busca de auxílio (sim, não); complemento alimentar (sim, não); orientação/informação sobre aleitamento materno (sim, não); existe leite materno fraco (sim, não); aleitamento materno importante (sim, não); leite é igual no início e no final das mamadas (sim, não).

As características sobre alimentação complementar foram investigadas pelas seguintes questões: local compra de alimentos (feira, mercadinho do bairro, supermercado, outro lugar); introdução de novos alimentos antes dos três meses de idade, dos três aos seis meses e a partir dos seis meses (água, chás, sucos naturais, café, refrigerantes, sucos prontos, outros leites, iogurtes, arroz, feijão, carnes, papas prontas, legumes e verduras, frutas, bolachas, salgadinhos); orientação/informação sobre a introdução da alimentação complementar (sim, não); prato alimentação (mesmo prato da mãe, prato individual); preparação separada dos alimentos (sim, não); considerações nas decisões sobre alimentação (opiniões de parentes, disponibilidade de alimentos, informações na internet/TV/revistas, a resposta da criança, conversa com um profissional da saúde); resposta à rejeição da criança (tenta oferecer mais uma vez, tenta oferecer mais algumas vezes, acha que ele não vai gostar e não tenta mais).

Os dados foram digitados e as análises foram realizadas no software Excel. A descrição dos dados foi apresentada de forma descritiva, apenas com valores absolutos devido ao pequeno tamanho de amostra.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE: 46934015.3.0000.5347). Ao final de cada entrevista, foi realizada atividade de educação alimentar e nutricional sobre aleitamento materno e alimentação complementar.

RESULTADOS

Na tabela 1, estão descritos os dados sociodemográficos das mães entrevistadas. As mães eram jovens, com média de idade 25,1 anos. A maioria tinha 2º grau incompleto. A cor de pele era branca ou negra, a maioria era do lar ou trabalhava em casa e tinha renda mensal familiar de 1 a 3 salários mínimos.

Na tabela 2, pode-se observar as características da gestação. Metade das mães não planejou a gestação. Todas as mães realizaram exame pré-natal, a maioria na Unidade de Referência e com número de consultas acima de seis. A maioria das mães tiveram gestações anteriores, metade teve parto normal. Todas as mães realizaram revisão puerperal.

Na tabela 3, são apresentadas as características das crianças. A média de idade das crianças foi de 9 meses. Todas as crianças realizaram acompanhamento pelo Prá-Nenê, fizeram teste do pezinho e estavam com as vacinas em dia. A maioria não teve intercorrências após o nascimento.

Na tabela 4, estão descritas as características do aleitamento materno. Todas as crianças receberam aleitamento materno em algum momento, a maioria até os 6 a 9 meses de idade. Metade das crianças recebeu aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Quanto às dificuldades para amamentar, 8 mães relataram ter dificuldades, a maioria teve rachaduras/feridas no seio, seguido por problemas com mamilo invertido, quantidade de leite, leite empedrado, dor/ desconforto, pega/sucção do bebê.

Por fim, na tabela 5, pode-se ver as características da alimentação complementar. Os alimentos com maior oferta antes dos seis meses de idade foram

água, chás e sucos naturais e leite de vaca e iogurtes. A partir dos seis meses, os alimentos mais ofertados pelas mães foram arroz, feijão e carnes, bolachas e salgadinhos e frutas, legumes e verduras. As mães receberam informações/orientações sobre introdução da alimentação complementar. As mães relataram que consideram a opinião dos parentes, as informações da internet/TV/revista e conversa com profissional da saúde na tomada de decisões sobre a alimentação do filho. As mães tentam mais de uma vez ofertar alimentos rejeitados.

DISCUSSÃO

O objetivo desse trabalho foi conhecer as características da gestação e as práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade pertencentes ao território da Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Em relação ao Pré-Natal e consulta de puerpério, todas as mães realizaram e a maioria teve número de consultas superior à recomendação mínima de 6 consultas do Ministério da Saúde através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento¹¹. Também observou-se que a maioria das mães realizou estas consultas na Unidade de Saúde de referência. Estas características demonstram a efetividade das ações das Equipes no acolhimento às mulheres desde o início da gravidez e no cumprimento dos objetivos do Programa Pré-Natal na prevenção da morbimortalidade materno-infantil, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê¹¹.

Neste estudo, metade das mães realizou parto cesariana, um dado relevante quando comparado aos altos índices de partos por procedimento cirúrgico na rede privada do país, encontrados em consulta pública realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que chegam a 84%, mas dentro da média de 40% no SUS, e ainda além do recomendado pela Organização Mundial da Saúde de 15%^{12, 13}.

A atenção à saúde da criança tem como eixo o acompanhamento programado e longitudinal do crescimento e desenvolvimento e deve se basear na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico precoce e na recuperação de enfermidades, complementado por ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações^{9, 10}. Resultados semelhantes à realização do Pré-Natal foram

encontrados quanto ao Pré-Nenê neste estudo onde observou-se o cumprimento das agendas programáticas em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Todas as crianças estavam vinculadas ao serviço de saúde, haviam realizado teste do pezinho e estavam com as vacinas em dia. O contato mais próximo com a criança e sua família propicia o conhecimento das condições de vida e saúde da população adstrita ao serviço e a socialização das informações entre as equipes, reforçando a integração ao sistema e o cumprimento de suas diretrizes.

A prática do aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses, é recomendação do governo brasileiro através de órgãos representativos, como o MS, e enfatizado pela OMS, como medida essencial de saúde pública que colabora efetivamente na redução do risco de agravos futuros ⁹. Neste estudo, encontrou-se que todas as mães amamentaram seus filhos e metade das crianças recebeu aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade como recomendado. Resultado superior aos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, onde a prevalência de aleitamento exclusivo entre o nascimento e seis meses incompletos foi de 38,6% e também aos dados coletados na campanha nacional de imunização em 2008, que mostraram prevalências de aleitamento materno exclusivo de 41% de zero aos 6 meses ^{14,15}. O acesso ao serviço de saúde de qualidade e a incorporação de condutas acolhedoras, como observado nos resultados em relação ao acompanhamento nos programas Pré-Natal e Pré-Nenê, podem ser considerados pontos importantes para estes resultados, pois possibilitam a execução de ações que integram todos os níveis da atenção ao público materno-infantil e são complementadas por ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno.

A maior parte das mães relatou ter encontrado algum tipo de dificuldade para amamentar, sendo que rachaduras ou feridas foi o problema mais referido, seguido por mamilo invertido, quantidade de leite, dor ou desconforto e pega/sucção do bebê. Neste momento, o acolhimento e o vínculo criado entre a Equipe e família desde o início da gestação também são fundamentais, pois os profissionais de saúde têm os conhecimentos básicos e as competências para o incentivo e apoio ao aleitamento materno, através do acompanhamento pré-natal cuidadoso, da formação de grupos de gestantes e durante a puericultura para que a mulher se sinta assistida em suas dúvidas e dificuldades e possa assumir com mais segurança e tranquilidade seu papel de mãe e de provedora do alimento ^{16,17}.

Assim como a recomendação a respeito do aleitamento materno e de sua exclusividade até os seis meses de idade, já que nesse período ele é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê, o MS recomenda que, a partir dessa idade, sejam introduzidos alimentos complementares. A adequada introdução de alimentos está diretamente relacionada ao adequado crescimento e desenvolvimento infantil, tendo implicações graves quando ofertada de maneira inadequada como: anemia, deficiência de vitamina A, outras deficiências de micronutrientes, excesso de peso e desnutrição ⁹.

Nos resultados encontrados, as mães relataram terem recebido, em algum momento da gestação ou nas consultas da criança, orientações e informações a respeito da introdução da alimentação complementar adequada e oportuna. Apesar disso, pode-se observar que a maioria das mães realizou algum tipo de conduta inadequada e que alimentos e líquidos foram ofertados antes dos seis meses de idade. A oferta de água, chás e sucos de frutas antes dos seis meses foi relatada por 11 mães, o que demonstrou falta de entendimento sobre a definição de aleitamento materno exclusivo, visto que metade das mães havia relatado ter amamentado exclusivamente seu filho até os seis meses de idade. O leite de vaca foi o segundo alimento mais consumido antes dos seis meses. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo que, dentre as crianças menores de 6 meses, os alimentos consumidos com maior frequência foram: água ou chá (58,6%), leite de vaca (25%) e suco de fruta (19%) ¹⁸.

Muitos dados nacionais apontam também práticas alimentares muito aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável, como, por exemplo, o leite de vaca integral e alimentos industrializados, além da oferta insuficiente de frutas, verduras e legumes que desfavorece o balanço de macro e micronutrientes ^{9, 15}. Em relação ao leite de vaca, seu consumo por crianças menores de 12 meses traz questionamentos sobre a oferta de ferro, a baixa biodisponibilidade do mesmo e a possibilidade de causar perda de sangue pelo trato gastrointestinal e levar à sobrecarga renal pela quantidade de proteínas e alguns minerais em sua composição ¹⁹.

Além de terem recebido informações sobre a introdução de alimentos, as mães relataram terem conversado com profissionais de saúde a respeito das decisões sobre a alimentação do bebê e pesquisado na internet. A alimentação constitui um dos assuntos que mais comumente gera controvérsias e inseguranças, depende de complexos fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais ²⁰. Neste sentido, existe necessidade de se

trabalhar melhor com as equipes desta Unidade de Saúde a alimentação, principalmente a introdução da alimentação para as crianças, visto que já existe um vínculo bem estabelecido e as famílias consideram as informações recebidas pelos profissionais de saúde e para que, assim, sejam evitadas informações controversas.

Este trabalho apresenta uma limitação importante de tamanho amostral. Segundo dados da Unidade, cerca de 30 mães atendiam aos critérios de inclusão deste estudo, porém foram encontradas dificuldades no contato e marcação de visitas domiciliar com alguns Agentes Comunitários e, por isso, a amostra foi reduzida à metade. Pelo mesmo motivo, não foram realizadas análises estatísticas analíticas, mas apenas descritivas. De toda forma, os resultados desse estudo dão subsídios para equipe de saúde montar estratégias que visem melhorar o conhecimento e práticas, principalmente, sobre a introdução da alimentação complementar.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados indicam que, apesar das taxas de mortalidade acima da média municipal no Distrito de Saúde Cruzeiro, na Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas, pertencente ao mesmo Distrito, a pauta sobre o cuidado à saúde materno-infantil é considerada na organização dos processos de trabalho e as agendas programáticas em relação a esta população são cumpridas. Os índices de aleitamento materno são melhores que as médias nacionais, porém o problema central encontrado foi a inadequação na oferta de alimentação complementar, que também vai de encontro com muitos dados nacionais e com a realidade de saúde infantil do país. Faz-se necessário, portanto, a promoção da educação permanente para os profissionais da saúde com abordagem prioritária nas deficiências encontradas.

REFERÊNCIAS

1. VICTORA CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; published online May 9. DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60055-X.
2. MARTINS JS. Exclusão social e a nova desigualdade. São Paulo (SP): Paulus; 1997
3. United Nations U. The Millennium Development Goals. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals>
4. VICTORA CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet (British edition)*, p. 29-42, 2011.
5. Barros FC, Matijasevich A, Requejo JH, et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward millennium development goals 4 and 5. *Am J Public Health* 2010; 100: 1877–89.
6. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375: 1609–23
7. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4.
12. Consulta Pública, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
13. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2(8452):436-7.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*. Brasília: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher; 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pnds2006>
15. CAMPAGNOLO PDB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev. Nutr., Campinas, 25(4):431-439, jul./ago.,2012.
16. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad. Saúde Pública. 2005;21(6).

17. Pinto TV. Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. Arq. Med. [Internet] 2008;22(2/3)
18. COELHO, Luciola de Castro et al . Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 727-738, Mar. 2015 .
19. MODESTO SP, Devincenzi MU, Sigulem DM. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. Rev Nutr 2007; 20(4):405-415.
20. JOMORI, Manuela Mika; PROENCA, Rossana Pacheco da Costa; CALVO, Maria Cristina Marino. Determinantes de escolha alimentar. Rev. Nutr., Campinas , v. 21, n. 1, p. 63-73, Feb. 2008.

TABELAS DE RESULTADOS

Tabela 1. Características sociodemográficas das mães.

Variáveis	N
Idade (média -+desvio padrão)	25,1 (5,3)
Grau de escolaridade	
1º grau incompleto	2
1ª grau completo	0
2º grau incompleto	5
2º grau completo	4
superior incompleto	1
superior completo	0
Estado civil	
sem companheiro	8
com companheiro	4
Cor de pele	
branco	6
negro	6
pardo	0
Ocupação	
do lar/trabalha em casa	8
trabalha fora	4
licença maternidade	0
Renda mensal da família (salário mínimo)	
< 1	1
1 a 3	10
4 a 5	1
6 a 10	0

Tabela 2. Características da gestação

Variáveis	N
Gestação planejada	
sim	6
não	6
Pré-Natal	
sim	12
não	0
Local do Pré-Natal	
USF Osmar Freitas	9
outro local	3
Número de consultas	
< ou = 6	4
> 6	9
Primeira gestação	
sim	5
não	7
Tipo de parto	
normal	6
cesárea	6
Revisão puerperal	
sim	12
não	0

Tabela 3. Características das crianças

Variáveis	N
Idade (média \pm desvio padrão)	9 (2)
Prá-Nenê	
sim	12
não	0
Teste do pezinho	
sim	12
não	0
Vacinas em dia	
sim	12
não	0
Intercorrências após o nascimento	
sim	4
não	8

Tabela 4. Características do aleitamento materno

Variáveis	N
Aleitamento materno	
sim	12
não	0

Até qual idade		
	< 6 meses	4
	6 a 9 meses	5
	10 a 12 meses	3
Aleitamento materno exclusivo		
	sim	10
	não	2
Até qual idade		
	< 6 meses	4
	6 meses	6
Dificuldades para amamentar		
	sim	8
	não	4
Quais dificuldades		
	rachaduras/feridas	3
	mamilo invertido	2
	quantidade de leite	2
	leite empedrado	2
	dor/ desconforto	2
	pega/sucção do bebê	2
	posição	0
	vergonha	0
	outra	0

Tabela 5. Características da alimentação complementar

Variáveis	N
Local compras de alimentos	
Feira	0
Mercadinho do bairro	7
Supermercado	5
Outros locais	0
Alimentos ofertados antes de 6 meses de idade	
Água, chás, sucos naturais	11
Café, refrigerante, sucos artificiais	1
Leite de vaca, iogurtes	6
Arroz, feijão, carnes	3
Papas prontas industrializadas	1
Frutas, Legumes e verduras	4
Bolachas e salgadinhos	3
Alimentos ofertados a partir dos 6 meses de idade	
Água, chás, sucos naturais	1
Café, refrigerante, sucos artificiais	6
Leite de vaca, iogurtes	6
Arroz, feijão, carnes	9
Papas prontas industrializadas	1
Frutas, Legumes e verduras	8
Bolachas e salgadinhos	9
Recebeu orientação/informação sobre introdução alimentação complementar	
Sim	11
Não	1

Considera nas decisões sobre alimentação do bebê

Opinião de parentes	5
Disponibilidade dos alimentos	2
Procura informações na internet/TV/revistas	5
Resposta da criança	1
Conversa com profissional da saúde	5

Atitude quando alimentos rejeitados

Tenta mais uma vez	1
Tenta mais algumas vezes	11
Não tenta mais	0

8 NORMAS DA REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO REVISTA DE NUTRIÇÃO

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Nutrição e de concordância com a cessão de direitos autorais e uma carta sobre a principal contribuição do estudo para a área.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Enviar os manuscritos via site <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>>, preparados em espaço entrelinhas 1,5, com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do Word (Windows).

É fundamental que o escopo do artigo não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem, por exemplo.

O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada via <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>>. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores,

o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Página de rosto deve conter

a) título completo - deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do...", "considerações acerca de..." "estudo exploratório...";

b) short title com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;

c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante.

d) Todos os dados da titulação e da filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas.

e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores;

f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo.

Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

Introdução: deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de

menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão ser elaboradas em tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 400 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Nutrição providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

Discussão: deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.