

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

RAFAELA VITÓRIA PEREIRA SÁ

**DESMAME PRECOCE E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS
DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE DOIS MUNICÍPIOS MARANHENSES**

São Luís

2019

RAFAELA VITÓRIA PEREIRA SÁ

**DESMAME PRECOCE E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS
DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE DOIS MUNICÍPIOS MARANHENSES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Nutrição da Universidade Federal
do Maranhão para obtenção do grau de
Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^ª. Dr. Maria Tereza Borges
Araújo Frota

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Sá, Rafaela Vitória Pereira.

Desmame precoce e alimentação complementar de crianças de comunidades quilombolas de dois municípios Maranhenses / Rafaela Vitória Pereira Sá. - 2019.

54 f.

Orientador(a): Maria Tereza Borges Araújo Frota.

Curso de Nutrição, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Alimentação Complementar. 2. Desmame Precoce. 3. Grupos com Ancestrais no Continente Africano. I. Frota, Maria Tereza Borges Araújo. II. Título.

RAFAELA VITÓRIA PEREIRA SÁ

DESMAME PRECOCE E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS DE
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE DOIS MUNICÍPIOS MARANHENSES

Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição apresentado à banca de defesa do Curso
de Graduação de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Tereza Borges Araujo Frota
Universidade Federal do Maranhão –UFMA

Prof^a. Dr^a. Joelma Ximenes Prado Teixeira Nascimento
Universidade Federal do Maranhão –UFMA

Prof^a. Msc. Elane Viana Hortegal
Universidade Federal do Maranhão –UFMA

Aos meus pais, que sempre se
dedicaram incessantemente ao
bem-estar da nossa família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Oberdan Silva Sá e Railda Costa Pereira que sempre me apoiaram em todas as decisões e me proporcionaram todo o suporte necessário para que eu chegasse até aqui. Gostaria de agradecer pelos valores que me foram ensinados desde muito pequena e, como professores, me mostrarem a importância da educação. Espero fazê-los orgulhosos e poder retribuí-los um dia.

Ao meu irmão, Rafael Pereira Sá pelo o carinho e paciência.

Agradeço à minha orientadora Prof^ª Dr^ª Maria Tereza Borges Araujo Frota, por me conduzir com paciência e atenção, por sempre sanar minhas dúvidas e por suas observações pontuais, muito obrigada. A sua paixão pela Saúde Pública ecoou e chegou até mim.

Aos docentes do curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão pela ética de trabalho e pelo estímulo contínuo pela busca do conhecimento.

À Victor Nogueira da Cruz Silveira, pela disponibilidade e boa vontade durante a elaboração deste trabalho. Sua ajuda foi de grande valia.

Às minhas amigas, Camila de Carvalho, Gabriela Baquil, Juliane de Pinho e Maria Julia que sempre torceram pelo meu êxito. Obrigada pela companhia constante, preocupação e palavras de incentivo.

Aos meus colegas de turma, muito obrigada por serem tão generosos e terem tornado estes quatro anos mais leves e divertidos.

A todos que participaram desta pesquisa, desde sua elaboração até sua execução. Agradeço também à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e à Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial pelo apoio para o desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: O leite materno é o melhor alimento para ser ofertado para a criança exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida, sendo complementado a partir dos seis meses até os dois anos de idade, porém a alimentação complementar é realizada muitas vezes de maneira precoce e errônea. A interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo pode levar a consequências para o binômio mãe-filho e é um problema que atinge comunidades urbanas e rurais. **Objetivo:** Avaliar o desmame precoce e a alimentação complementar de crianças menores de dois anos de comunidades quilombolas. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, com amostra de 207 crianças residentes em comunidades remanescentes de quilombo de dois municípios maranhenses. Foram coletadas informações socioeconômicas, demográficas das famílias e as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar das crianças menores de dois anos de idade. **Resultados:** A maioria das mães das crianças (62,8%) tinham entre 20 a 29 anos de idade, 35,3% eram chefes da família, e mais da metade (51,2%) tinha entre quatro e oito anos de estudo. A mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias. A prevalência de desmame aos quatro meses foi de 16,9% e os principais motivos para a interrupção do aleitamento materno exclusivo referidos pelas mães foi de que a mãe não queria amamentar (48,8%), seguido de criança não queria (28,5%). Os alimentos introduzidos como substitutos ou complementares ao leite materno foram chá (84,5%), água (79,2%), outros tipos de leite (57%), mingau (55,6%) e suco (54,6%). **Conclusão:** O desmame aconteceu majoritariamente após os quatro meses de idade, sendo as principais alegações para o mesmo a mãe não querer e criança não querer mamar. Os principais alimentos introduzidos durante o processo do desmame foram a água e o chá.

Palavras-chave: Grupos com Ancestrais no Continente Africano; Desmame Precoce; Alimentação Complementar.

ABSTRACT

Introduction: Breast milk is the best food to be offered to the child exclusively during the first six months of life, being supplemented from six months to two years of age, but complementary feeding is often performed early and erroneous. Early discontinuation of exclusive breastfeeding can lead to consequences for the mother-child binomial and is a problem affecting both urban and rural communities. **Objective:** To evaluate the early weaning and complementary feeding of children under two years old of quilombola communities. **Methods:** Descriptive cross-sectional study with a sample of 207 children living in quilombo remnant communities of two cities of Maranhão. Were collected data about socioeconomic and demographic status of families and the practices of breastfeeding and complementary feeding of children under two years of age. **Results:** The majority of the mothers of the children (62.8%) were between 20 and 29 years of age, 35.3% were heads of the family and more than half (51.2%) had between four and eight years of study. The median of exclusive breastfeeding was 90 days. The prevalence of weaning at four months was 16.9% and the main reasons for the interruption of exclusive breastfeeding reported by the mothers was that the mother did not want to breastfeed (48.8%), followed by unwanted children (28, 5%). Foods introduced as substitutes or complementary to breast milk were tea (84.5%), water (79.2%), other types of milk (57%), porridge (55.6%) and juice (54.6%). **Conclusion:** Weaning occurred mainly after four months of age, with the main claims being that the mother did not want and the child did not want to breastfeed. The main foods introduced during the weaning process were water and tea.

Keywords: Groups with Ancestors in the African Continent; Early Weaning; Complementary Feeding.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mães das Comunidades Remanescentes de Quilombos. Maranhão, 2015	23
Tabela 2 – Razões referidas pelas mães para o desmame precoce em crianças de Comunidades Remanescentes de Quilombos. Maranhão, 2015	24
Tabela 3 – Alimentos utilizados para substituir ou complementar o aleitamento materno em crianças de Comunidades Remanescentes de Quilombos. Maranhão, 2015.....	25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIALTEÓRICO.....	14
	2.1 Aleitamento Materno	14
	2.2 Desmame precoce	15
	2.2.1 Consequências do desmame precoce para o bebê.....	16
	2.2.2 Consequências do desmame precoce para a mãe	16
	2.3 Alimentação Complementar.....	17
3	OBJETIVOS.....	19
	3.1 Objetivos Gerais.....	19
	3.2 Objetivos Específicos.....	19
4	MÉTODOS.....	20
	Delineamento do Estudo	20
	Local do estudo	20
	4.3. Amostragem.....	20
	4.4. Critérios de não-inclusão	20
	4.5. Variáveis do Estudo	20
	4.6. Trabalho de Campo.....	21
	4.6.1 Instrumento de coleta de dados.....	21
	4.6.2 Equipes de campo, seleção e treinamento dos pesquisadores.....	22
	4.6.3 Estudo piloto	22
	4.6.4 Coleta de dados	22
	4.7 Aspectos éticos.....	23
5	RESULTADOS	24
6	DISCUSSÃO.....	27
7	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	31
	ANEXOS	38

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é o melhor alimento para ser ofertado para a criança exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida, sendo complementado até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2016). O aleitamento materno traz benefícios já reconhecidos tanto para mãe quanto para o filho, como por exemplo, reduz índices de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e diarreia e atua sobre a prevenção do excesso de peso e obesidade; para as lactantes, é fator protetor contra o câncer de mama, auxilia na redução de peso, dentre outros (VICTORA et al., 2016; HOLLIS et al., 2017).

A duração do aleitamento materno é um aspecto da saúde materno-infantil que requer atenção, dada sua importância e efeitos positivos sobre a saúde do binômio mãe-filho. O desmame precoce, porém, ainda possui alta incidência no país, motivado por fatores sociais, culturais e econômicos, tais como percepção de leite fraco/insuficiente, insegurança materna, interferência familiar e baixa renda (PATIL et al, 2015; OLIVEIRA et al, 2015; GIBBS e FORSTE, 2013).

O desmame precoce se dá principalmente pela introdução de líquidos, como águas, chás e outros tipos de leite e quando há a introdução precoce de alimentos semissólidos. Observa-se sobretudo o uso de alimentos calóricos, papas salgadas e bebidas à base de leite acrescidas de cereais (SOTERO; CABRAL e SILVA, 2015; SCHINCAGLIA et al., 2015), além de um consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (MELLO; BARROS e MORAIS, 2016).

Segundo Carvalho et al (2016), o início da alimentação complementar é realizado muitas vezes de maneira precoce e errônea. É, por vezes, mais frequente em famílias cujas mães possuem um perfil de baixa renda e escolaridade (GROSS et al, 2014; COELHO et al, 2015; LOPES et al, 2018) podendo contribuir, dentre outros resultados, para um quadro de desenvolvimento de obesidade infantil (GIBBS e FORSTE, 2013).

Uma alimentação adequada e saudável nos primeiros anos de vida é importante para a promoção do desenvolvimento adequado da criança e na construção dos hábitos alimentares, partindo desde a duração do aleitamento materno exclusivo, o momento da introdução alimentar, a escolha dos alimentos e o próprio processo de transição para a alimentação da família (HARRISON; BRODRIBB e HEPWORTH, 2016).

O consumo de alimentos regionais e comumente preparados e consumidos no domicílio é preconizado como as principais opções para a introdução apropriada da alimentação complementar. Para isso, esses podem ser cozidos ou *in natura*, e devem ser variados para atender as necessidades nutricionais e evitar a monotonia alimentar, além de estimular a formação de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2016).

A alimentação e os hábitos alimentares, além do seu caráter biológico e nutritivo, também

são carregados de significados e fortemente influenciados sob o aspecto sociocultural, podendo variar, portanto, de acordo com a população que está sendo estudada, as condições em que vivem e suas crenças.

As comunidades remanescentes de quilombos são definidas como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica.” (BRASIL, 2003)

Estas comunidades sofrem até hoje as consequências de muitos anos de descaso e falta de políticas públicas voltadas para as mesmas, estando muitas vezes em situação de vulnerabilidade socioeconômica e sob condições precárias de saúde, educação e infraestrutura (MARQUES et al., 2014). Uma pesquisa de caráter censitário indicou que, no âmbito da saúde, 15% das comunidades quilombolas estudadas não eram cobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ainda nessa mesma pesquisa, a taxa de aleitamento materno exclusivo foi de 48,5% (BRASIL, 2013a) e a frequência encontrada no Norte Maranhense foi de 51,2% (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi avaliar o desmame precoce em crianças quilombolas de dois municípios maranhenses e os padrões de alimentação complementar destes indivíduos.

2 REFERENCIALTEÓRICO

2.1 Aleitamento Materno

O aleitamento materno é a maneira pela qual a mãe fornece para o recém-nascido os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo implicações diretas sobre o estado nutricional especialmente de crianças menores de dois anos de idade e fortalecendo o vínculo mãe filho (BRASIL, 2016).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido quando a criança recebe apenas o leite materno, ordenhado ou direto da mama, sem a introdução de outros líquidos. Quando há a introdução de água ou outras bebidas à base de água é caracterizado como aleitamento materno predominante. O aleitamento materno complementado se dá quando a criança recebe alimentos semissólidos ou sólidos, além do leite materno. O consumo de leite materno junto a outros tipos de leite é classificado como aleitamento materno misto ou parcial (BRASIL, 2016).

O leite materno que é secretado nos primeiros dias pós-parto é chamado de colostro. É espesso e tem coloração amarelada devido a elevada concentração de caroteno. É importante que a criança receba esse leite nos primeiros dias tendo em vista a sua composição imunológica e altas concentrações de vitaminas lipossolúveis, sódio, potássio, cloro e zinco. Entre o 7º e 10º dia, têm-se o leite de transição e a partir do 15º dia pós-parto, o leite maduro, em sua composição mais estável (VITOLLO, 2008).

O leite maduro ou leite materno propriamente dito apresenta as quantidades necessárias de energia, vitaminas, minerais e imunoglobulinas para o pleno desenvolvimento da criança. Mesmo em situações em que a mãe apresenta uma condição de desnutrição, o organismo se adapta para sustentar a lactação (VITOLLO, 2008; ACCIOLY, SAUNDERS e LACERDA, 2009).

O aleitamento materno exclusivo é recomendado até os seis meses de idade, pois o leite materno além de ser completo e única fonte alimentar necessária, confere proteção contra infecções, diarreia e doenças respiratórias, reduzindo a morbidade e mortalidade infantil (BRASIL, 2016; VICTORA et al., 2016).

O Ministério da Saúde adotou os parâmetros da Organização Mundial de Saúde para classificar o status do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses. O AME é considerado ruim quando seu percentual está entre 0 e 11%; razoável entre 12-46%; bom entre 50 e 89% e é considerado muito bom quando os valores estão entre 90 e 100% (BRASIL, 2016).

2.2 Desmame precoce

O desmame precoce diz respeito à introdução alimentar de qualquer tipo (água, chá, sucos, leite de vaca, fórmulas infantis e outros), interrompendo o aleitamento materno exclusivo totalmente ou parcialmente antes dos primeiros seis meses de vida. Esse fato ocorre em virtude de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais, relacionados à assistência pré-natal, à assistência pós-natal imediata e tardia (ARAÚJO et al., 2008; CATO et al., 2017; SILVA et al., 2018).

Rea e Culkier (1988) categorizaram as razões para o desmame precoce em quatro áreas: (1) deficiências orgânicas da mãe, que diz respeito à intercorrências mamárias e percepções fisiológicas, como “leite fraco”; (2) atribuição de “responsabilidade” ao bebê, na qual a mulher assume uma postura passiva e a decisão é tomada a partir de atitudes da criança, como por exemplo, rejeição ao peito ou choro; (3) atribuição de “responsabilidade” à mãe, quando a mulher não quer amamentar ou tem sua percepção sobre a insuficiência do leite materno e necessidade de complementação; e (4) influência de terceiros, como os profissionais da saúde, familiares ou pessoas próximas que podem influenciar na tomada de decisões a respeito do aleitamento materno.

Estudos evidenciaram os principais fatores que levam ao desmame precoce, como por exemplo, a insegurança materna (PATIL et al., 2015), alegações como “leite fraco” ou “pouco leite”, além de intercorrências mamárias, interferência de familiares e volta ao trabalho ou aos estudos (ROCCI e FERNANDES, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; KARALL et al., 2015; MUELBERT e GUGLIANI, 2018). O baixo nível socioeconômico das mães mostrou-se associado a práticas alimentares menos saudáveis, além da introdução precoce de alimentos sólidos (GIBBS e FORSTE, 2013).

Os profissionais da Atenção Primária em Saúde têm papel significativo para a prevenção do desmame precoce e, conseqüentemente, da garantia da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de idade. Estudos demonstram que orientações sobre a importância do AME e a organização de grupos de apoio à amamentação associaram-se ao aumento da prevalência desta prática pelas mães que frequentavam as Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro (ALVES; OLIVEIRA e RITO, 2018; PEREIRA et al., 2010), sendo relevante identificar os grupos tidos como de risco ao abandono do AME precocemente para que seja realizada uma intervenção.

2.2.1 Consequências do desmame precoce para o bebê

Amamentar nas primeiras horas de vida contribui para a redução de mortalidade neonatal, além de ser importante no estabelecimento do laço entre o binômio mãe-filho. O colostro, produzido pela mãe durante os primeiros dias pós-parto, fornece anticorpos importantes e nutrientes essenciais, agindo como primeiro imunizante para recém-nascidos, fortalecendo seu sistema imune e reduzindo as chances de mortes neonatais. O leite materno tem, portanto, um forte efeito protetor sobre a mortalidade infantil tanto em países de baixa e média renda, quanto os de alta renda (VICTORA et al. 2016).

O desmame precoce pode ter impacto direto sobre o desenvolvimento cognitivo (FONSECA et al., 2015) e oral-motor inadequado, levando a prejuízos na mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons na fala; pode ainda levar a exposição precoce a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas e prejuízos ao processo de digestão.

Em estudo de revisão, Pearce, Taylor e Langley-Evans (2013), encontraram sugestões de que a introdução precoce alimentar antes dos quatro meses de idade pode estar relacionada com o IMC elevado na infância. Gibbs e Forste (2013), em seu estudo demonstraram que a introdução alimentar precoce aumenta em 40% o risco de desenvolver obesidade infantil e crianças alimentadas predominantemente por fórmulas eram 2,5 vezes mais propensas a serem obesas aos 24 meses de idade.

2.2.2 Consequências do desmame precoce para a mãe

A amamentação apresenta para a saúde da mulher muitos efeitos positivos. A interrupção precoce dessa prática pode trazer consequências e dificuldades no período pós-natal para a mesma.

O desmame precoce pode dificultar para as mães o retorno ao peso pré-gestacional. Hollis et al. (2017) mostraram que mulheres que mantiveram qualquer intensidade de aleitamento materno até os 6 meses reduziram seu peso em até 0,66kg em comparação às que não o fizeram. Ademais, o aleitamento materno tem uma associação positiva com o menor risco de desenvolvimento de algumas doenças, como o câncer de mama e alguns cânceres ovarianos, menor sangramento uterino pós-parto, involução uterina mais rápida e contribui para o aumento do espaço interpartais.

2.3 Alimentação Complementar

A tomada de decisão sobre a escolha alimentar leva em consideração fatores que vão muito além do valor nutricional do alimento. A seleção dos alimentos e formação do padrão alimentar, na verdade, é determinado em grande parte pela disponibilidade e acesso aos mesmos, além do poder aquisitivo, da influência social, como por exemplo, os hábitos familiares e a intenção e finalidade da escolha (SOTERO; CABARAL e SILVA, 2015; ROTHES e CUNHA, 2016).

As escolhas alimentares podem assumir ainda um caráter simbólico, pautado nas crenças de uma comunidade. No mundo moderno e globalizado, o hábito alimentar destas comunidades é, portanto, moldado a partir de saberes e práticas culinárias associadas à influência da indústria de alimentos (BRASIL, 2015).

A incorporação de novas práticas alimentares em um contexto tradicional pode justificar o aumento no consumo de alimentos ricos em gordura, sal e açúcares, influenciando a crescente tendência no quadro de obesidade (BRASIL, 2015; ROTHES e CUNHA, 2016).

Somente a partir do sexto mês de vida é recomendada a introdução de alimentos com intuito de complementar o leite materno. Antes desse período, pode ocasionar desmame precoce e prejuízos à saúde do bebê. Durante a introdução alimentar, a criança vai sendo gradativamente apresentada à alimentação da família, inicialmente de aspecto pastoso até a alimentação de consistência normal. Esse estágio da vida é importante para o desenvolvimento dos hábitos alimentares da criança, sendo influenciado pelas práticas alimentares da família (BRASIL, 2013b).

A alimentação complementar saudável da criança deve ser variada, composta predominantemente por alimentos *in natura* e minimamente processados, que inclui o grupo das frutas, cereais/tubérculos, leguminosas, legumes, carnes e ovos, sendo oferecidos na consistência espessa, de papas ou purês, respeitando a saciedade da criança (BRASIL, 2013b). Nos primeiros anos de vida, a introdução de alimentos ultraprocessados se mostra como uma prática alimentar inadequada (COELHO et al., 2015), podendo causar prejuízos à longo prazo saúde da criança pequena.

Alguns comportamentos alimentares das famílias são considerados de risco para o desenvolvimento de certas condições de saúde, como por exemplo, a obesidade infantil. Alguns estudos demonstraram que mães de baixa renda e baixa escolaridade apresentaram maior

tendência ao desmame precoce, introdução de alimentos ultraprocessados e/ou adição de alimentos à base de cereais na mamadeira (GROSS et al, 2014; COELHO et al., 2015; SOTERO; CABRAL e SILVA, 2015; MELLO; BARROS e MORAIS, 2016; LOPES et al., 2018).

A alimentação complementar precoce é configurada principalmente pela introdução de líquidos, como água, chá e leite de vaca. Até os 12 meses de vida, estudos mostram que é comum o consumo além da papa salgada, a inclusão de suco/refresco industrializado, mel, açúcar ou melado e produtos lácteos na dieta das crianças (COELHO et al., 2015; LOPES et al., 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o desmame precoce e a alimentação complementar de crianças menores de dois anos de comunidades quilombolas de dois municípios maranhenses.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar a prevalência de desmame precoce nessa população;

Verificar as razões referidas pelas mães para o desmame precoce;

Identificar os alimentos introduzidos como substitutos ou complementares do aleitamento materno.

4 MÉTODOS

Trata-se de um trabalho integrado ao estudo “Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão”, desenvolvido com o objetivo de avaliar as condições de saúde e nutrição das crianças menores de cinco anos em comunidades quilombolas no Maranhão e que, além do estado nutricional, avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos, situação de insegurança alimentar das famílias e o estado de anemia das mulheres e crianças.

4.1. Delineamento do Estudo

Estudo de corte transversal descritivo no qual foram utilizados métodos quantitativos antropométricos

4.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada em comunidades remanescentes de quilombos dos municípios de Penalva e Viana, Maranhão, com ou sem título de posse coletiva da terra emitido por órgãos oficiais. Foram visitados todos os domicílios nos quais residia pelo menos uma criança menor de 60 meses em 27 comunidades localizadas na zona rural dos referidos municípios.

4.3. Amostragem

Foram visitados todos os domicílios nos quais residia pelo menos uma criança menor de 60 meses em 27 comunidades localizadas na zona rural dos referidos municípios. Os municípios foram selecionados por conveniência, por se tratarem de comunidades em que as lideranças locais foram receptivas à realização do estudo. Foram coletadas informações de 373 mulheres e crianças, porém, para este trabalho, foram excluídos os formulários das mães com filhos maiores de 24 meses para se evitar o viés de memória ($n=152$), que nunca mamaram ($n=14$) e aquelas que não possuíam filhos biológicos ($n=1$), perfazendo amostra final de 207 mulheres e crianças.

4.4. Critérios de não-inclusão

Os critérios de não inclusão foram as crianças gêmeas e as portadoras de anemia falciforme referida.

4.5. Variáveis do Estudo

Variáveis sociodemográficas: Cor da mãe (autodeclarada), idade (anos), escolaridade (anos de estudo), renda familiar *per capita* (salário), chefe da família, visita do ACS, cobertura PSF, acesso a benefícios e programas governamentais;

Razões maternas para o desmame precoce: leite insuficiente, criança não queria, mãe não queria, mãe doente, mãe trabalhava ou estudava, problema no seio, outros;

Alimentação Complementar: consumo de água, chá, sucos, outros tipos de leite e mingau;

Foram considerados os tipos de Aleitamento Materno de acordo com as definições preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016):

Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;

Aleitamento Materno Predominante: quando a criança recebe, além de leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas, fluidos rituais;

Aleitamento Materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos;

Aleitamento Materno Complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo;

Aleitamento Materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

4.6. Trabalho de Campo

4.6.1 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um questionário devidamente validado e que atendeu aos objetivos desta pesquisa, no qual constavam as seguintes informações referente as famílias:

a. Condições sociodemográficas: local de residência (zona urbana ou rural), composição familiar, escolaridade, ocupação e renda dos membros da família, acesso aos bens de consumo na residência, acesso a benefícios e programas governamentais; procedência e tratamento da água, destino de dejetos, presença de luz elétrica.

b. Práticas de Aleitamento materno e alimentação complementar: criança em aleitamento materno, duração do aleitamento materno, motivos para desmame, motivos para não-iniciação do aleitamento materno, alimentos utilizados como substitutos do leite materno, alimentos ofertados durante o período de amamentação.

Em relação ao indivíduo constam as seguintes informações:

- a. Dados pessoais (nome completo, data de nascimento, idade, gênero, cor)
- b. Dados antropométricos.
- c. Concentração de hemoglobina no sangue.
- d. Dados sobre condições de saúde.

4.6.2 Equipes de campo, seleção e treinamento dos pesquisadores

Foram dispostas duas equipes com cinco técnicos cada uma, assim distribuídos: um supervisor de campo, um entrevistador, dois antropometrias e dois bioquímicos, subordinadas a uma coordenadora geral. Toda a equipe que participou da coleta de dados foi uniformizada com camisetas para permitir a identificação pela população local.

A equipe foi composta por pesquisadores, profissionais e estudantes de nutrição participantes da Liga Acadêmica de Nutrição em Políticas Públicas (LANPOP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

4.6.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado no município de Penalva e constou da coleta de dados de 20 domicílios sorteados para adequação dos questionários e da logística da coleta de dados, como transporte de equipe e da infra-estrutura (material de consumo, equipamentos antropométricos e coleta do sangue).

4.6.4 Coleta de dados

A coleta de dados em campo aconteceu de 03 a 17 de agosto de 2015, conforme cronograma previamente elaborado.

A coordenação realizou um contato preliminar com as lideranças locais, para solicitar anuência e colaboração para a realização da pesquisa.

Ao chegar ao município, essas lideranças intermediaram o contato com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A partir de então, eram elaborados os roteiros diários em cada comunidade, a identificação das famílias com o perfil desejado e a orientação das equipes para que procedessem a visita aos domicílios, sempre acompanhados do ACS responsável por aquela microárea e de um líder comunitário local.

As entrevistas foram realizadas no domicílio da criança por meio de um formulário adaptado, validado e pré-codificado, aplicado prioritariamente com a mãe biológica e, na ausência desta, com a responsável ou cuidadora da criança, desde que habitasse no mesmo domicílio, que atendessem ao pré-requisito de idade e pudesse fornecer as informações solicitadas. Paralelamente, foram questionadas sobre a duração do aleitamento materno e idade de recebimento de água, suco, chá, outros tipos de leite e mingaus.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o nº de parecer 1.627.919 de acordo com os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/2012) e suas complementares. Ao chegar ao domicílio, antes da aplicação do questionário, o ACS apresentava o entrevistador que explicava ao entrevistado os objetivos da pesquisa e prestava demais esclarecimentos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era assinado após a concordância da participante em responder ao formulário. O original ficava com o entrevistador e uma cópia ficava no domicílio, em poder do entrevistado. A entrevistada que não assinava seu nome colocava a impressão digital no local da assinatura.

Após a entrevista e colheita dos dados nutricionais, a equipe de campo orientou as famílias dos indivíduos estudados quanto à alimentação adequada e saudável. Os participantes que apresentaram risco nutricional e/ou resultado positivo para anemia foram encaminhados à Unidade Básica de Saúde daquela microárea.

5 RESULTADOS

Este estudo avaliou 207 crianças menores de 24 meses de idade residentes nas comunidades quilombolas de dois municípios maranhenses. Dessas, 16,9% desmamaram antes dos quatro meses. A mediana de duração do aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias e do aleitamento materno total, 270 dias.

A maioria (62,8%) das mães das crianças estavam na faixa de 20-29 anos de idade, 35,3% eram chefe da família e 51,21% tinham entre quatro a oito anos de estudo. A mediana de gravidez das mulheres foi de 3 filhos (D.P. $\pm 2,1$); 9,2% das mulheres trabalhavam como quebradeiras de coco e 23,2% não exerciam atividade remunerada.

As famílias apresentam renda *per capita* menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (77,8%). A maior parte declarou receber visita do ACS (88,4%) e apenas 14,5% das famílias eram cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas das mães das Comunidades Remanescentes de Quilombos. Maranhão, 2015.

Variáveis	Categoria	n	%
Cor Materna	Branca	8	3,9
	Não Branca	199	96,1
Idade	≤ 19 anos	20	9,7
	20-29 anos	130	62,8
	≥ 30 anos	57	27,5
Escolaridade	< 4 anos	31	15
	4-8 Anos	106	51,2
	> 8 anos	70	33,8
Renda familiar <i>per capita</i> *	< $\frac{1}{4}$ SM	161	77,8
	$\geq \frac{1}{4}$ SM	46	22,2
Chefe da Família	Mãe é chefe	73	35,3
	Mãe não é chefe	134	64,7
Tipo de trabalho do Chefe	Formal	23	11,1
	Informal	136	65,7
	Não Trabalha	48	23,2

Continuação. **Tabela 1:** Características sociodemográficas das mães das Comunidades Remanescentes de Quilombos. Maranhão, 2015.

Visita do ACS	Sim	183	88,4
	Não	24	11,6
Cobertura ESF	Sim	30	14,5
	Não	117	85,5
Bolsa Família	Sim	182	87,9
	Não	25	12,1

*Foi considerado o salário mínimo vigente no ano de 2015 (R\$788,00)

O principal motivo para a interrupção do aleitamento materno exclusivo referidos pelas mães foi de que a mãe não queria mais amamentar (48,8%), seguido de criança não queria (28,5%) (Tabela 2).

Tabela 2: Razões referidas pelas mães para o desmame precoce em crianças de Comunidades Remanescentes de Quilombos. Maranhão, 2015.

Variáveis	N	%
Leite Insuficiente	3	1,4
Criança não queria	59	28,5
Mãe não queria	101	48,8
Criança doente	4	2
Mãe doente	17	8,2
Mãe trabalhava ou estudava	10	4,8
Problema no seio	1	0,5
Outro	9	4,4
NSA	3	1,4

NSA: Não se aplica

Dentre os alimentos introduzidos antes dos seis meses de idade na alimentação das crianças destacam-se os chás (84,5%) e a água (79,2%) (Tabela 3).

Tabela 3: Alimentos utilizados para substituir ou complementar o leite materno em crianças de Comunidades Remanescentes de Quilombos. Maranhão, 2015.

Variáveis	Recebeu antes dos 6 meses		Não recebeu antes dos 6 meses		IC 95%
	n	%	n	%	
	Água	164	79,2	43	
Chá	175	84,5	32	15,5	84,57% - 93,2%
Suco	113	54,6	94	45,4	62,73% - 75,43%
Outro tipo de leite	118	57	89	43	63,24% - 75,88%
Mingau	115	55,6	92	44,4	62,22% - 74,97%

6 DISCUSSÃO

As medianas do Aleitamento Materno Total e do Aleitamento Materno Exclusivo encontradas neste estudo foram menores do que as preconizadas pela OMS. Resultado semelhante para o AME foi encontrado por Silva et al (2018), ao avaliar os fatores associados ao AME na comunidade de Coelhos em Pernambuco assistida pela ESF (91 dias). Na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2009) foi apresentada uma mediana inferior de AME (54,1 dias), quando comparada à encontrada neste estudo. Em estudo censitário, o aleitamento materno predominante ocorreu em 76,4% das crianças (BRASIL, 2013a) e no Norte Maranhense essa taxa foi de 97,6% (BRASIL, 2014).

A volta ao trabalho é um dos principais fatores relatados para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em áreas urbanas (OLIVEIRA et al., 2015; ROCCI e FERNANDES, 2014; ROLLINS et al., 2016). Porém, nas regiões rurais, em comunidades tradicionais, como as deste estudo, é comum que as mulheres tenham como principal fonte de renda o extrativismo a partir do coco babaçu. Essa atividade é realizada, geralmente, nos arredores do domicílio, favorecendo a amamentação (BARBOSA, 2013).

As atividades domésticas foram muito referidas pelas mulheres em estudos produzidos em comunidades quilombolas, como o realizado por Prates et al (2016), em que 84,61% relataram desenvolver atividades “do lar”. Da mesma maneira, Silva, Lima e Hamman (2010) em seu estudo, encontraram que 10,2% das mulheres participantes indicaram atividades domésticas não remuneradas como ocupação.

Tendo em vista as ocupações desempenhadas pelas mulheres das comunidades quilombolas, pode-se inferir que estas atividades, apesar de extenuantes, permitem que as mães passem mais tempo com os filhos, levando-os para o local de trabalho e prolongando a duração do AME, quando comparadas às mães da área urbana.

Outro fator que pode justificar a mediana do AME mais prolongada nas comunidades quilombolas quando comparado às áreas urbanas é o baixo custo dessa prática.

O leite materno é um alimento barato, pois é produzido pela própria mãe, e seu consumo exclusivo nos primeiros seis meses de vida evita despesas com a compra de fórmulas infantis e/ou outros substitutos. Em uma pesquisa sobre a diferença de custo da alimentação da nutriz para AME em comparação à amamentação parcial durante os primeiros seis meses de vida, Araújo et al. (2004) apontaram uma economia de 75% e 21% sobre o custo da alimentação do lactente com fórmulas infantis e leite de vaca, respectivamente.

Neste estudo, a prevalência de desmame foi menor do que a encontrada por Araújo et al (2013) (31,1%) e Maranhão et al (2015) (31,9%) no mesmo período, até os quatro meses de idade.

A duas alegações mais referidas para a interrupção do AME neste estudo (mãe não quis e criança não quis) foram mais frequentes quando comparadas às encontradas por Stephan, Cavada e Vilela (2012), de 8,4% e 12,6%; por Rea e Cukier (1988), 19% e 17,5%, respectivamente e Araújo (1991), este último em estudo qualitativo, sendo citado apenas a rejeição do bebê.

A opção pelo abandono materno ao aleitamento é multifatorial (ARAÚJO, 1991) e pode ser pautada por uma decisão de cunho individual, interferência externa ou ainda pela escassez e/ou informações insatisfatórias a respeito do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar (OGBUANU et al. 2009; ALMEIDA; LUZ e UED, 2015).

A recusa da criança pode ser justificada pela introdução precoce dos alimentos. Essa oferta de alimentos, como leites de outras espécies, mingaus e sucos, pode ocasionar saciedade e estimular a preferência por esses alimentos em detrimento do leite materno. Além disso, tais alimentos geralmente são oferecidos através de mamadeiras. O uso desse utensílio pode prejudicar a continuidade da amamentação, uma vez que pode interferir no padrão de sucção, na resposta da criança ao seio, afetividade e posição de mamar, podendo ocasionar diminuição da frequência das mamadas (BRASIL, 2013b; BATISTA, 2017).

Também deve ser levado em consideração que esses alimentos são muitas vezes apresentados com sabor adocicado e o paladar infantil tem preferência pelo sabor doce. Além disso, optar pelo uso de outros alimentos, como o suco e o mingau, durante esse período de amamentação também pode partir do pressuposto de que os mesmos irão complementar o leite materno e oferecer mais energia e nutrientes (SCHINCAGLIA et al., 2015; LOPES et al., 2018).

Ainda que a mediana do AME no presente estudo tenha sido maior que a nacional, a introdução precoce de alimentos, ocasionando o desmame, mostrou ser uma prática comum entre as mães destas comunidades quilombolas.

A introdução de alimentos antes dos seis meses representa risco para a saúde da criança e está associado à maior número de episódios de diarreia, hospitalização por doenças respiratórias, desequilíbrios nutricionais, menor absorção de nutrientes importantes para o desenvolvimento e menor duração do aleitamento materno (BRASIL, 2016).

Os alimentos mais introduzidos nas comunidades quilombolas deste estudo possuem menor valor nutritivo que o leite materno e, por darem saciedade momentânea, acabam diminuindo a frequência e intensidade da lactação. Esses alimentos, portanto, competem com o leite materno e fazem com que o lactente receba uma quantidade inferior de energia e nutrientes, representando desta forma, risco de desnutrição (BRASIL, 2002; SCHINCAGLIA et al., 2015). Além disso, o chá pode apresentar substâncias que em contato com a mucosa gástrica sensível do bebê pode irritar e prejudicar a digestão e absorção dos nutrientes (BRASIL, 2013b).

Esse início precoce da alimentação complementar pode ter diversas razões, como por exemplo, a cultura e as crenças da população; a ausência de assistência pré e pós-natal, como, o acompanhamento e orientação pelos profissionais acerca da importância do AME e a continuidade do AM, as propriedades do leite materno e informações sobre da alimentação complementar.

A água e o chá, alimentos mais utilizados pelas mães como substitutos ou como complementares ao AM neste estudo, apresentaram-se com uma prevalência maior em comparação a outros autores, em estudos internacionais (PATIL et al., 2015) e nacionais (BRASIL, 2009; COELHO et al., 2015; LOPES et al., 2018). A prevalência que mais se assemelha a este estudo foi a encontrada em pesquisa nacional em comunidades quilombolas tituladas (76,4%) (BRASIL, 2013a)

O elevado uso de chás pode ser justificado como uma estratégia materna comum para cessar cólicas infantis, como afirmam Schincaglia et al (2015). Dentro do contexto que está sendo estudado, esta alta taxa também pode ser resultado de crenças e concepções, passadas entre gerações e provenientes do sincretismo africano e indígena, além do fato da disposição destas plantas medicinais como uma maneira acessível, uma vez que essas são extraídas dos arredores da comunidade (MONTELES e PINHEIRO, 2007).

A elevada oferta de água para as crianças antes dos seis meses pode estar associada ao desconhecimento da mãe sobre as propriedades do leite materno, demonstrando que a presença da Atenção Básica se faz importante diante desse cenário e também de profissionais capacitados para orientar de maneira eficaz. Convém lembrar que o acesso aos serviços básicos de saúde ainda é um desafio para essas comunidades.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional encarregado por facilitar o acesso aos serviços de saúde, é o principal responsável pelo acompanhamento do estado de saúde dessas famílias e por estar em contato constante com as mesmas exerce um papel importante no processo de educação e orientação (VIEIRA e MONTEIRO, 2013; BRASIL, 2013a).

As famílias deste estudo possuem uma boa taxa de cobertura pelo ACS, porém, faz-se necessário que esse profissional esteja capacitado para promover uma atenção qualificada quanto ao aleitamento materno. Apenas a presença do ACS muitas vezes torna-se insuficiente, uma vez que a participação de uma equipe multidisciplinar representa uma abordagem mais ampla e capaz de apoiar a nutriz em sua totalidade, garantindo a eficácia do aleitamento materno e evitando o desmame precoce (VARGAS et al., 2016).

A partir desse panorama, a ação do profissional da atenção básica mostra-se importante, uma vez que esse deve estar preparado para lidar com as dúvidas maternas de maneira eficaz,

adequado à realidade da mãe e deve ser capaz de esclarecer a autonomia e superioridade do leite materno nos primeiros seis meses em comparação a outros alimentos e reforçar os benefícios dessa prática não só para a criança, mas também para saúde materna e encorajá-la sobre seu papel na amamentação (ALVES, OLIVEIRA e RITO, 2018).

Outros alimentos referidos pelas mães como substitutos ou complementares ao leite materno, como outros tipos de leite, sucos e mingaus, podem estar associados aos efeitos das estratégias agressivas de propaganda e marketing da indústria alimentícia, as quais induzem as mães à ideia de que leite materno sozinho é insuficiente para alimentar o bebê, apresentam esses alimentos como próprios para consumo infantil, com rotulagem atrativa e ofertas vantajosas para sua aquisição (ROLLINS et al., 2016). Por isso, é importante que se façam chegar até a essas comunidades mais isoladas todas as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que fazem parte da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno criadas pelo Ministério da Saúde e que, uma vez implementadas, poderiam prevenir doenças e mortes na população infantil.

Apesar da escolha dos municípios avaliados ter sido por conveniência, foram visitadas 27 comunidades desses municípios, com a participação de todos os domicílios nos quais havia pelo menos uma criança menor de cinco anos de idade. No entanto, a falta de um processo amostral aleatório, aliada à natureza dos estudos transversais, não permite fazer inferências causais ou extrapolar os resultados para todas as comunidades quilombolas do estado.

Este estudo apresenta como ponto forte o seu caráter inovador ao abranger uma população ainda pouco estudada e cuja situação de vulnerabilidade necessita da geração de conhecimentos para a proposição de políticas públicas essenciais à superação das condições adversas que ameaçam a sua saúde e qualidade de vida.

7 CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, foi possível observar que o desmame precoce nas crianças de comunidades quilombolas maranhenses aconteceu majoritariamente após os quatro meses de idade. A mediana de duração do aleitamento materno foi de 90 dias e de aleitamento materno total foi de 270 dias. A mãe não querer amamentar e a criança não querer foram as principais alegações referidas pelas mães para a interrupção do aleitamento materno exclusivo. Os principais alimentos introduzidos para complementar ou substituir o leite materno foram a água e o chá, seguidos de outro tipo de leite, mingau e suco.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 2 ed. Editora Guanabara Koogan, 2009.

ALMEIDA, J.M.; LUZ, S.A.B.; UED, F.V. **Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura**. Revista Paulista de Pediatria. 2015; 33(3):355-362.

ALVES, J.S., OLIVEIRA, M.I.C., RITO, R.V.V.F. **Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo**. Ciência e Saúde Coletiva. 2018; 23(4): 1077-1088.

ARAÚJO, O.D. et al. **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce**. RevBrasEnferm, Brasília. 2008; 61(4):488-492.

ARAÚJO, M.F.M. et al. **Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família**. Rev Brasil Saúde Materno Infantil, Recife. 2004; 4(2): 135-141.

ARAÚJO, L.D.S. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?** 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ARAÚJO, N.L. **Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno**. Revista RENE. 2013; 14(6): 1064-1072.

BARBOSA, V.O. **Mulheres do Babaçu: gênero, maternalismo e movimento social no Maranhão**. 2013. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

BATISTA, C.L.C. **Interferência do uso dos bicos artificiais nos padrões de sucção e na amamentação**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos que trata o

art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial, Brasília, DF, 20 nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos Regionais Brasileiros**. Brasília: 2 ed. Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: 2 ed. Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. **Guia alimentar para criança menor de dois anos**. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Gestão e Avaliação da Informação. **Caderno de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. Nº 20. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Gestão e Avaliação da Informação. **Pesquisa de Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas tituladas**. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013a.

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

CATO, K. et al. **Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than two months – identifying woman in need of targeted breastfeeding support**. Plos One. 2017; 12(6).

CARVALHO, J.L.S. et al. **Conhecimento das mães sobre Aleitamento Materno Exclusivo e Alimentação Complementar**. Saúde em Redes. 2016; 2(4): 383-392.

COELHO, L.C. et al. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN**: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):727-738.

FONSECA, A.L.M. et al. **Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade**. *RevSocBol Ped*. 2015; 54(1): 41-49.

GIBBS, B.G.; FORSTE, R. **Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity**. *Pediatric Obesity*. 2013; 9:135-146.

GROSS, R.S. et al. **Maternal Infant Feeding Behaviors and disparities in Early Child Obesity**. *Childhood Obesity*. 2014; 10(2):145-152.

HARRISON, M.; BRODRIBB, W.; HEPWORTH, J. **A qualitative systematic review of maternal infant feeding practices in transitioning from milk feeds to family foods**. *Maternal & Child Nutrition*. 2016; 1-12.

HOLLIS, J.L. et al. **Modifiable risk factors of maternal postpartum weight retention**: an analysis of their combined impact and potential opportunities for prevention. *International Journal of Obesity*. 2017; 41: 1091-1098.

KARRAL, D. et al. **Breast-feeding duration**: early weaning – do we sufficiently consider the risk factors? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2015; 61(5):577-582.

LOPES, W.C. et al. **Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida**. *Rev Paul Pediatr, São Paulo*. 2018; 36(2):164-170.

MARANHÃO, T.A. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre as mães adolescentes**. *Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. 2015; 23(2):132-137.

MARQUES, A.S. et al. **Atenção primária e saúde materno infantil**: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc. Saud Coletiva*. 2014; 19(2):365-371.

MELLO, C.S.; BARROS, K.V.; MORAIS, M.B. **Brazilian infant and preschool children**

feeding: literature review. J Pediatr, Rio de Janeiro. 2016; 92:451-463.

MONTELES, R.; PINHEIRO, C.U.B. **Plantas medicinais em um quilombo maranhense:** uma perspectiva etnobotânica. Revista de Biologia e Ciências da Terra. 2007; 7(2).

MUELBERT, M.; GIUGLIANI, E.R.J. **Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12 and 24 months in adolescent mothers.** BMC Public Health. 2018; 18:675.

OGBUANU, C.A. et al. **Reasons why women do not initiate breastfeeding:** a southeastern state study. Womens Health Issues. 2009; 19(4):268-278.

OLIVEIRA, C.S. et al. **Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce.** Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(esp): 16-23.

PATIL, C.L. et al. **Early interruption of exclusive breastfeeding:** results from the eight-country MAL-ED study. Journal of Health, Population and Nutrition. 2015; 34:10.

PEARCE, J.; TAYLOR, M.A.; LANGLEY-EVANS, S.C. **Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity:** a systematic review. International Journal of Obesity. 2013.

PEREIRA, R.S.V. et al. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo:** o papel do cuidado na atenção básica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010; 26(12): 2343-2354.

PRATES, L.A. et al. **Características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola.** Rev Enferm UFPE, Recife. 2016; 10(1): 103-111.

REA, M.F.; CULKIER, R. **Razões de desmame e introdução da mamadeira:** uma abordagem alternativa para seu estudo. Revista de Saúde Pública, São Paulo. 1988; 22(3):184-191.

ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. **Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.** Rev Bras Enf, 2014; 67(1):22-7.

ROLLINS, N.C. et al. **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?** The Lancet. 2016; 387: 491-504.

ROTHES, I.A.; CUNHA, S. **Dimensão simbólica e afetiva da alimentação.** In: PAIS, S.F.; FERREIRA, P. Redução das assimetrias sociais no acesso à alimentação e saúde: políticas e práticas. Editora Mais Leitura, 2016. p.41-19.

SCHINCAGLIA, R.M. et al. **Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2015; 24(3):465-474.

SILVA, M.J.G; LIMA, F.S.S.; HAMANN, E.M. **Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil.** Saúde e Sociedade, São Paulo. 2010; 19(2):109-120.

SILVA, V.A.A.L. et al. **Maternal breastfeeding:** indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. J Pediatr, Rio de Janeiro. 2018.

SOTERO, A.M.; CABRAL, P.C.; SILVA, G.A.P. **Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes.** Rev Paul Pediatr., São Paulo. 2015; 33(4):445-452.

STEPHAN, A.M.S.; CAVADA, M.N.; VILELA, C.Z. **Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2012; 21(3):431-438.

VARGAS, G.S. et al. **Atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família:** promoção da prática do aleitamento materno. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 2016; 30(2):1-9.

VICTORA, C.G. et al. **Amamentação no século 21:** epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2016.

VIEIRA, A.B.D.; MONTEIRO, P.S. **Comunidade quilombola:** análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. Saúde em Debate, Rio de Janeiro.

2013; 37(99):610-618.

VITOLLO, M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** 1 ed. Rubio Editora, 2008.

ANEXO – Formulário 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE – COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/CGAN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/UFMA –
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão

FORMULÁRIO 1

PESQUISADOR (A):	NQUES			
ENTREVISTADA:	IDADED (xx/xx/xxxx)			
IDADE DA ENTREVISTADA: _____ (anos)	IDADEA			
DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____	DATAE			2015
1. Localidade:		LOCAL		
2. Situação: (1) Urbano (2) Rural		SITIO		
3. Em sua opinião, qual a sua cor ou raça? (1) Branca (2) Parda/mulata/morena (3) Negra (4) Amarela/oriental (japonesa, chinesa, coreana) (5) Indígena (7) NS/NR		CORE		
4. A sra. é a chefe da família? (1) sim (2) não		CHEFE		
5. A Sra. já frequentou/freqüenta escola? (1) Sim (2) Não		FREQUE		
6. Até que série a Sra. estudou com aprovação? _____ Série do _____ Grau		SERIE		
Outro: _____ (88) Nível superior (00) Sem escolaridade		GRAU		
7. Qual o sexo do(a) Chefe de Família? (1) M (2) F (7) NS / NR		SEXCH		
8. Até que série o(a) Chefe de Família estudou com aprovação? _____ Série do _____ Grau		SERIECH		
Outro: _____ (88) Nível superior (00) Sem escolaridade		GRAUCH		
9. O (A) Chefe da Família trabalha? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		TRABCH		
10. Em que ele (a) trabalha? _____		TRABEQ		
(1) Formal (2) Informal (7) NS/NR (8) Não trabalha (9) Aposentado/pensionista		FORMAL		
11. A Sra tem empregada doméstica (mensalista) ? (1) Sim Se sim, quantas? _____ (2) Não (7) NS/NR		EMPREG		
12. Na casa tem luz elétrica? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		LUZ		
13. Vou fazer perguntas sobre o que tem na casa e a quantidade:				
TV em cores? (0) (1) (2) (3) (4) 4 ou + (7) NS/NR		TVCOR		
Rádio? (excluindo o do carro) (0) (1) (2) (3) (4) 4 ou + (7) NS/NR		RADIO		
Banheiro? (só com vaso sanitário) (0) (1) (2) (3) (4) 4 ou + (7) NS/NR		BANHO		
Carro? (não considerar veículo de trabalho) (0) (1) (2) (3) (4) 4 ou + (7) NS/NR		AUTOM		
Máquina de lavar roupa? (considerar tanquinho) (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		MAQLV		
Geladeira ? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		GELAD		
Vídeo cassete/ DVD? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		VCDVD		
Freezer? (independente ou na 2ª porta da geladeira) (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		FREZZ		
Telefone fixo? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		FONE		
Celular? (0) (1) (2) (3) (4) 4 ou + (7) NS/NR		CELUL		
Computador? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		COMPUT		
Internet? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR		INTER		
14. Qual o tipo de esgotamento sanitário da casa? (1) Rede pública (2) Fossa séptica (3) Fossa rudimentar (4) Vala/ Céu aberto (7) NS/NR		ESGOT		
15. De onde vem a água que a família utiliza? (1) Rede pública (7) NS/NR (2) Poço/Cacimba/Barreiro (3) Cisterna – água da chuva (4) Outro: _____		AGBEB		

16. Qual o tratamento da água de beber? (1) Filtrada (2) Fervida (3)Clorada (4) Coada ou sem tratamento (5) Mineral (6) outro: _____ (7) NS/NR				QTRAB	
17. Qual é o destino dado ao lixo doméstico? (1) coleta urbana (2) queimado (3) enterrado (4) jogado a céu aberto (5) outro: _____				LIXO	
18. Quantas pessoas moram na casa? _____ pessoas				TOTPES	
menor de 2 anos ()		de 20 a 39 anos ()		M0	M20
de 2 aos 5 anos ()		de 40 a 59 anos ()		M2	M40
de 6 a 9 anos ()		60 anos ou mais ()		M6	M60
de 10 a 19 anos ()				M10	
19. Quantas refeições por dia são feitas na casa? Refeições principais () Lanches ()				REF	LAN
20. A família (ou algum morador) participa de alguma cooperativa (ou organização equivalente)? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR (Se 2 ou 7, passe p/ Q21)				COOPE	
20.1. Se sim, qual? _____ (7) NS/NR (8) NSA				COOP2	
21. Algum morador está cadastrado e recebe benefício de algum programa do governo? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR (8) NSA				PROG	
A. Bolsa Família		(1) Sim (2) Não (8) NSA		PROGA	
B. Cesta de Alimentos		(1) Sim (2) Não (8) NSA		PROGB	
C. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)		(1) Sim (2) Não (8) NSA		PROGC	
D. Assistência a Pessoas Idosas e Deficientes (BPC)		(1) Sim (2) Não (8) NSA		PROGD	
E. Projeto Cisternas (Água de Chuva)?		(1) Sim (2) Não (8) NSA		PROGE	
F. Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)				PROGF	
G. Programa Leite é Vida				PROGG	
H. Auxílio Desemprego				PROGH	
I. Auxílio Maternidade				PROGI	
J. Outro: _____				PROGJ	
22. Qual a renda familiar? (perguntar sobre renda do trabalho – Trab./ benefícios do governo – Ben./ aposentadoria – Apos./ pensão / outros, que sejam rendimentos fixos). (Em R\$)					
Trab. 1		Trab. 5		Ben./Apos./Pensão 1	Outros
Trab. 2		Trab. 6		Ben./Apos./Pensão 2	Outros
Trab. 3	PBF			Ben./Apos./Pensão 3	Outros
Trab. 4	PETI			Ben./Apos./Pensão 4	Outros
Total Renda Trabalho ()				Total Renda Ben./Apos./Pensão ()	
				REBAP	
Total Renda Familiar ()				RENDA	
Renda familiar completa (1) Renda familiar parcial (2)				RENTP	
23. A família recebe visita do agente comunitário de saúde- ACS? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR				VISACS	
23.1 Qual a periodicidade de visita do ACS? (1) Mensal (2) Outro (7) NS/NR (8) NSA				PERACS	
24. A família é atendida por equipe de saúde da família – PSF? (1) Sim (2) Não (7) NS/NR				ESF	
24.1 Qual a periodicidade de atendimento da equipe de ESF? (1) Mensal (2) Outro (7) NS/NR (8) NSA				PERESF	

ANEXO – Formulário 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE – COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/CCGAN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/UFMA –
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO



**Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças
de Comunidades Quilombolas no Maranhão**

FORMULÁRIO 3

DADOS SOBRE A CRIANÇA MENOR DE 5 ANOS		NQUES																											
NOME DA CRIANÇA _____		NCRIA (N DE ORDEM)																											
SEXO DA CRIANÇA (1) MASCULINO (2) FEMININO		SEXOC																											
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____		IDADEC																											
IDADE EM MESES: _____ meses		IDCRI																											
1. A senhora, responsável pela criança é: <input type="checkbox"/> 1 Mãe biológica <input type="checkbox"/> 2 Mãe adotiva <input type="checkbox"/> 3 Outra: _____		RESPONS																											
2. Tem Registro de Nascimento? <input type="checkbox"/> 1 Sim, visto <input type="checkbox"/> 2 Sim, não visto <input type="checkbox"/> 3 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe		REGN																											
3. A criança ainda mama? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe Se ainda MAMA, passe para a questão 10 e assinale 888 nas questões de 4 a 7.		MAMA																											
4. A criança mamou? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não (nunca mamou) <input type="checkbox"/> 8 Ainda mama <input type="checkbox"/> 9 Não sabe		MAMOU																											
5. Até que idade a criança mamou? <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td>Ano (s)</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td>Mês (es)</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td>Dia (s)</td></tr> </table> <input type="checkbox"/> 99 – Não sabe <input type="checkbox"/> 88 – NSA (Ainda mama) <input type="checkbox"/> 00 – Nunca mamou				Ano (s)			Mês (es)			Dia (s)	IMA IMM IMD																		
		Ano (s)																											
		Mês (es)																											
		Dia (s)																											
6. Por que deixou de mamar? <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">01</td><td>Leite insuficiente</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">06</td><td>Mãe trabalhava/estudava</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">02</td><td>Criança não queria</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">07</td><td>Problema no seio</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">03</td><td>Mãe não queria</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">08</td><td>Outro: _____</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">04</td><td>Criança doente</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">05</td><td>Mãe doente</td><td></td><td></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> 99 – Não sabe <input type="checkbox"/> 88 – NSA (Ainda mama) <input type="checkbox"/> 00 – Nunca mamou		01	Leite insuficiente	06	Mãe trabalhava/estudava	02	Criança não queria	07	Problema no seio	03	Mãe não queria	08	Outro: _____	04	Criança doente			05	Mãe doente			DESMAMA							
01	Leite insuficiente	06	Mãe trabalhava/estudava																										
02	Criança não queria	07	Problema no seio																										
03	Mãe não queria	08	Outro: _____																										
04	Criança doente																												
05	Mãe doente																												
7. Por que nunca mamou? <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">01</td><td>Leite insuficiente</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">06</td><td>Mãe trabalhava/estudava</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">02</td><td>Criança não queria</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">07</td><td>Problema no seio</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">03</td><td>Mãe não queria</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">08</td><td>Outro: _____</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">04</td><td>Criança doente</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">05</td><td>Mãe doente</td><td></td><td></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> 00 = Mamou <input type="checkbox"/> 88 = NSA (Ainda mama) <input type="checkbox"/> 99 = Não sabe		01	Leite insuficiente	06	Mãe trabalhava/estudava	02	Criança não queria	07	Problema no seio	03	Mãe não queria	08	Outro: _____	04	Criança doente			05	Mãe doente			DESMOU							
01	Leite insuficiente	06	Mãe trabalhava/estudava																										
02	Criança não queria	07	Problema no seio																										
03	Mãe não queria	08	Outro: _____																										
04	Criança doente																												
05	Mãe doente																												
7.a. Se NUNCA MAMOU que alimento (s) ofereceu a < > como substituo do Leite Materno? <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">1</td><td>Leite em pó modificado</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">0</td><td>Mamou</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">2</td><td>Leite em pó integral</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">8</td><td>NSA (Ainda mama)</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">3</td><td>Leite de vaca não pasteurizado (natural)</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">9</td><td>Não sabe</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">4</td><td>Leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">5</td><td>Leite de cabra</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">6</td><td>Mingau</td><td></td><td></td></tr> </table>		1	Leite em pó modificado	0	Mamou	2	Leite em pó integral	8	NSA (Ainda mama)	3	Leite de vaca não pasteurizado (natural)	9	Não sabe	4	Leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa)			5	Leite de cabra			6	Mingau			SUBSTLM			
1	Leite em pó modificado	0	Mamou																										
2	Leite em pó integral	8	NSA (Ainda mama)																										
3	Leite de vaca não pasteurizado (natural)	9	Não sabe																										
4	Leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa)																												
5	Leite de cabra																												
6	Mingau																												

7		Outro: _____		
8	ENQUANTO MAMA(VA) < > recebe(u) outro tipo de alimento?			
	1	2	8	9
	Sim	Não	NSA (Nunca mamou)	NS
9. ENQUANTO MAMA (VA), com que idade começou a receber:				OUTROALI

10	A criança tem Caderneta de Saúde (cartão de vacina) (1) sim, está em mãos (2) Sim, mas não está em mãos (3) Não tem		CARTVAC	
11	Qual o PESO DA CRIANÇA AO NASCER ? _____ g (1) Copiado da caderneta (2) Copiado de outro documento (3) Informado pela mãe (4) Mãe não soube informar (priorizar Caderneta de Saúde)		PNASC 1	
			PNASC 2	
12	Nos últimos 6 meses a criança foi pesado (a)? 1 Sim, registrado 3 Não 8 NSA (Não tem cartão) 2 Sim, apenas informado 9 Não Sabe		FOIPESA	
13	No cartão tem registro do desenvolvimento? 1 Sim 3 Cartão não visto 9 NS/NR 2 Não 8 NSA (Não tem cartão)		RDESENV	
14	Doses de vitamina A nos últimos 6 meses 1 Sim, registrado 8 NSA (< 6 meses/ não tem cartão/ cartão não visto) 2 Não 9 NS/NR		VIT-A	
15	A criança está tomando algum suplemento de ferro? (1) sim (2) não (7) NS/NR		SULFE QUAFE	
15	Se sim, qual? 1			
9	ENQUANTO MAMA (VA), com que idade começou a receber: Água <input type="text"/> <input type="text"/> Mês(es) <input type="text"/> <input type="text"/> Dia(s) <input type="text"/> <input type="text"/>		00 = nunca recebeu	MAGU <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão

ANEXO 3.1
 MORBIDADE DA CRIANÇA

						QST					
1	< > esta com diarreia HOJE?										
	<input type="checkbox"/> 1 Sim. Quantas evacuações? <input type="text"/> <input type="text"/>							DIAHOJE		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2 Não (<i>assinalar 88 em evacuações</i>)					<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		EVACUA		<input type="checkbox"/>	
2	Teve diarreia nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?										
	<input type="checkbox"/> 1 Sim. Quantos dias? <input type="text"/> <input type="text"/>							DIASEM		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2 Não (<i>passo para a questão "8"</i>)					<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		QTDIA		<input type="checkbox"/>	
3	< > teve tosse na última semana?										
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não (colocar 8 nas questões 9 a 12)				<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		TOSSE		<input type="checkbox"/>	
SE TEVE TOSSE											
4	Tinha febre?										
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não		<input type="checkbox"/> 8 Não teve tosse		<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		FEBRE		<input type="checkbox"/>	
5	Tinha cansaço?										
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não		<input type="checkbox"/> 8 Não teve tosse		<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		CANSAÇO		<input type="checkbox"/>	
6	Tinha nariz entupido?										
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não		<input type="checkbox"/> 8 Não teve tosse		<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		NARIZENT		<input type="checkbox"/>	
7	Foi levado para consulta?										
	<input type="checkbox"/> 1 Sim. Quem consultou? _____							FEZCONSU		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2 Não			<input type="checkbox"/> 8 Não teve tosse		<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		QUEMCONS		<input type="checkbox"/>	
8	Valores de Hemoglobina (g/dL) _____, _____							HEMOGC		<input type="checkbox"/>	
9	Peso _____							PESOC		<input type="checkbox"/>	
10	Altura _____							ALTURAC		<input type="checkbox"/>	

ANEXO – Formulário 4



MINISTÉRIO DA SAÚDE – COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/CGAN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/UFMA –
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO





Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão



FORMULÁRIO 4

SITUAÇÃO DE SEGURANÇA/INSEGURANÇA ALIMENTAR (SAN)	SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (7)
1. Nos últimos 3 meses, algum morador teve preocupação que a comida na casa acabasse antes que houvesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?	SAN1		
2. Nos últimos três meses, a comida acabou antes que tivesse produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar mais comida?	SAN2		
3. Nos últimos 3 meses, os moradores ficaram sem dinheiro ou produção (de alimentos) para ter uma alimentação saudável e variada ?	SAN3		
4. Nos últimos 3 meses, algum morador teve que comer apenas alguns alimentos que restavam porque o dinheiro ou a produção (de alimentos) acabaram.	SAN4		
Se em TODAS as perguntas 1, 2, 3 e 4 estiver assinalada a quadricula correspondente ao código (2) NÃO ou (7) NS / NR, ENCERRAR a entrevista e agradecer.			
5. Nos últimos 3 meses, algum morador com 18 anos ou mais alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN5		
6. Nos últimos 3 meses, algum morador com 18 anos ou mais alguma vez comeu menos do que o normal porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida ?	SAN6		
7. Nos últimos 3 meses, algum morador com 18 anos ou mais alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN7		
8. Nos últimos 3 meses, algum morador com 18 anos ou mais perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN8		
9. Nos últimos 3 meses, algum morador com 18 anos ou mais alguma vez fez apenas uma refeição no dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não tinha produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN9		
10. (<18a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN10		
11. (<18a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar mais comida?	SAN11		
12. (<18a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN12		
13. (<18a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos alguma vez deixou de fazer uma refeição porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN13		
14. (<18a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN14		
15. (<18a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer porque não havia produção (de alimentos) ou dinheiro para comprar comida?	SAN15		
AO FINALIZAR A ENTREVISTA, AGRADECER A ATENÇÃO DA ENTREVISTADA			

ANEXO – Ficha de encaminhamento à unidade básica de saúde de referência

Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/CGAN Universidade Federal do Maranhão/UFMA Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/SESMA Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/CEAN	 
Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão	
FICHA DE ENCAMINHAMENTO:	
Para Unidade Básica de Saúde: _____	
NUMFAM: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____	
Para clínica: <input type="checkbox"/> pediátrica <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> médica	
HD: <input type="checkbox"/> desnutrição <input type="checkbox"/> excesso de peso <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> outro	
DATA: ____/____/____ Entrevistador: _____	

ANEXO – Ficha de recusa

Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/CGAN Universidade Federal do Maranhão/UFMA Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/SESMA Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/CEAN	 
Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão	
RECUSA	
Informações adicionais no caso de recusa da mulher em participar da pesquisa:	
Motivo da Recusa: _____	
Idade da MÃE: _____ anos	
Escolaridade da MÃE: <input type="checkbox"/> Não estudou ENSINO FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	
ENSINO MÉDIO: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ENSINO SUPERIOR (ou mais): <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
Cor da MÃE: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela (<i>Asiático, Japonês, Chinês Coreano</i>)	
Data de nascimento da criança ____/____/____ ou Idade ____ meses completos	
Sexo da criança: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	

ANEXO – Ficha de resultados dos exames

Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/CGAN Universidade Federal do Maranhão/UFMA Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/SESMA Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/CEAN	 
Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão	
FICHA EXTRA	
NQUES: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endereço/ponto de referência: _____	
Nome da Mulher: _____	
Valores de Hemoglobina (g/dL): _____, _____	
Peso1 (kg): _____, _____	Peso2 (kg): _____, _____
Comprimento/Altura1 (cm): _____, _____	Comprimento/Altura2 (cm): _____, _____
Circunf. Cintura1 (em Cm): _____, _____	Circunf. Cintura2 (em Cm): _____, _____
Circunf. Quadril1 (em Cm): _____, _____	Circunf. Quadril2 (em Cm): _____, _____
Nome da Criança: _____ Idade: _____	
Valores de Hemoglobina (g/dL): _____, _____	
Peso1 (kg): _____, _____	Peso2 (kg): _____, _____
Comprimento/Altura1 (cm): _____, _____	Comprimento/Altura2 (cm): _____, _____

ANEXO – Planilha de acompanhamento e controle do trabalho de campo



Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/CGAN
 Universidade Federal do Maranhão/UFMA
 Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão/SESMA
 Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/CEAN



Mapa de acompanhamento e controle do trabalho de campo

Município: _____ Área: _____ Data: ____ / ____ /2015 CS: _____

Nº QUES	Nome da mãe	Idade (anos)	Nome da criança	Idade (meses)	Obs.

ANEXO – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão

Pesquisador: Maria Tereza Borges Araujo Frota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55457415.8.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.627.919

Apresentação do Projeto:

No estado do Maranhão há uma forte presença de populações quilombolas que ainda hoje vivem uma realidade de negação de seus direitos, desde quando nesta terra foram exiladas e submetidas ao sistema de escravidão. Esta pesquisa objetiva investigar as condições de nutrição e segurança alimentar de mulheres em idade reprodutiva e crianças menores de cinco anos residentes em comunidades remanescentes de quilombos no estado do Maranhão. Trata-se de um estudo de corte transversal, que será realizado no período de julho a novembro de 2015, em comunidades remanescentes de quilombos nos municípios de Alcântara e Penalva (MA), com ou sem título de posse coletiva da terra emitido por órgãos oficiais. Serão sujeitos da pesquisa mulheres em idade reprodutiva e crianças menores de 5 anos, selecionadas aleatoriamente. Serão utilizados como instrumento de coleta de dados, questionários estruturados, pré-codificados e previamente testados em estudo piloto, no qual serão coletadas informações sobre condições socioeconômicas, biológicas, sanitárias, nutricionais e de segurança alimentar. Para análise dos dados será utilizado o Programa Stata versão 10.0 e calculados odds Ratio e os respectivos Intervalos de Confiança (IC 95%). A pesquisa possibilitará o conhecimento sobre situação nutricional de mulheres e crianças residentes em comunidades quilombolas, proporcionando a visibilidade dessas populações específicas em termos sociais, de saúde e de insegurança alimentar, subsidiando a orientação de:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação de Parecer: 1.627.919

políticas públicas de intervenção nutricional para o enfrentamento dos agravos que se revelam de maneira particularmente perversa para essa parcela mais vulnerável da população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar as condições de nutrição e segurança alimentar de mulheres em idade reprodutiva e crianças menores de cinco anos residentes em comunidades remanescentes de quilombos no estado do Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Estimar a prevalência de eutrofia, desnutrição e excesso de peso em crianças menores de cinco anos de idade e em mulheres em idade reprodutiva;
- Determinar a prevalência de anemia em mulheres e crianças;
- Identificar a taxa dos indicadores de aleitamento materno;
- Avaliar a situação de segurança alimentar e nutricional das famílias;
- Identificar o acesso das famílias a serviços, benefícios e programas sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para o desenvolvimento de complicações médicas são muito pequenos. A coleta de sangue poderá causar algum desconforto, que durará poucos segundos. Alguma das questões que constam no questionário poderão produzir sentimentos indesejáveis ou desconfortantes, mas o sujeito poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

Benefícios:

O teste de anemia irá auxiliar na investigação do estado de saúde da população quilombola, favorecendo a visibilidades desses usuários pelas equipes de saúde e na formulação de novas políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta todos os itens que são necessários ao bom desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram enviados e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velha
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.627.919

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_528324.pdf	17/04/2016 15:52:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSETIMENTO.docx	30/03/2016 21:51:44	LIVIA CAROLINA SOBRINHO RUDAKOFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSETIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	30/03/2016 21:51:05	LIVIA CAROLINA SOBRINHO RUDAKOFF	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	30/03/2016 21:49:05	LIVIA CAROLINA SOBRINHO RUDAKOFF	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Quilombolas.pdf	30/03/2016 21:47:37	LIVIA CAROLINA SOBRINHO RUDAKOFF	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	30/03/2016 21:46:19	LIVIA CAROLINA SOBRINHO RUDAKOFF	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	16/03/2016 23:00:09	LIVIA CAROLINA SOBRINHO RUDAKOFF	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 07 de Julho de 2016

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO – Termo de consentimento livre e esclarecido



MINISTÉRIO DA SAÚDE – COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/CGAN –
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/UFMA –
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO – COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nº: _____

Título: Condições de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão

A) Proposta:

Você está sendo convidado a participar de um estudo que a professora da Universidade Federal do Maranhão, Maria Tereza Borges Araujo Frota está realizando, com a finalidade de avaliar as condições de nutrição e segurança alimentar e seus determinantes sociais entre crianças de 6 a 59 meses e mulheres de 15 a 49 anos de idade em comunidades quilombolas no estado do Maranhão.

B) Procedimento

Se você concordar em participar, as seguintes coisas acontecerão:

1. Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos socioeconômicos e demográficos, estilo de vida, clínicos e nutricionais.
2. Você e seu filho serão submetidos a uma avaliação do estado nutricional que constará de medidas corporais de peso, altura e circunferência da cintura e do quadril para identificar seu estado nutricional. Isto levará cerca de 20 minutos.
3. Vocês também terão sangue coletado da ponta do seu dedo com uma micro lanceta, que servirá para investigar se você está com anemia.
4. Você também receberá orientações sobre alimentação saudável para prevenir carências nutricionais.

C) Riscos e Desconforto

Os riscos para o desenvolvimento de complicações médicas são muito pequenos. A coleta de sangue poderá causar algum desconforto, que durará poucos segundos.

Caso você ache inapropriada alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento caso.

D) Benefícios

O teste de anemia irá auxiliar na investigação do seu estado de saúde. Isto poderá trazer benefício direto para você ao participar deste estudo.

E) Custo

Você não será cobrado por qualquer dos procedimentos realizados no estudo.

F) Reembolso

Você não será reembolsado por participar deste estudo.

G) Confiabilidade dos dados



A participação em projetos de pesquisa pode resultar em perda de privacidade, entretanto, procedimentos serão tomados pelos responsáveis por este estudo, no intuito de proteger a confidencialidade das informações que você irá fornecer. As informações serão codificadas e mantidas em local reservado o tempo todo. Após o término deste estudo, as informações serão transcritas dos questionários para arquivos em computador os quais serão mantidos arquivados em local reservado. Os dados deste estudo poderão ser discutidos com pesquisadores de outras instituições, mas nenhuma identificação será fornecida.

H) Tratamento e compensação por injúria

Se você sofrer qualquer injúria como resultado da sua participação neste estudo, ou se acreditar que não tenha sido tratado razoavelmente, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável por este estudo, Prof. Dra. Maria Tereza Borges Araujo Frota, no departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Federal do Maranhão ou pelo telefone (98) 3272-8531. Entretanto, a Universidade Federal do Maranhão não prevê nenhuma forma de compensação financeira por possíveis injúrias. Para qualquer outra informação deverá contatar o médico responsável.

I) Consentimento

A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA É VOLUNTÁRIA. Você tem o direito de não concordar em participar ou mesmo de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem riscos para o seu tratamento médico. Se você desejar e concordar em participar, deve assinar na linha abaixo deste documento em duas vias. Uma delas, com a assinatura do pesquisador responsável, ficará em seu poder.

Nome do paciente: _____ CPF/ID: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____ Data: __/__/____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO – Termo de anuência



ASSOCIAÇÃO SANTO ANTONIO DOS PRETOS
– ASA DOS PRETOS –



TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, José Bráulio Sousa Ayres, Presidente da Associação Santo Antônio dos Pretos autorizo a realização da pesquisa *“Condição de Nutrição e Segurança Alimentar de Mulheres e Crianças de Comunidades Quilombolas no Maranhão”* a ser realizada por *Maria Tereza Borges Araújo Frota*, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão.

Autorizo os pesquisadores a utilizarem o espaço da Associação Santo Antônio dos Pretos para a aplicação de questionário e tomadas de medidas corporais. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa às mães e crianças que não queiram ou desistam de participar do estudo.

São Luís - MA, 09 de julho de 2015.

José Bráulio Sousa Ayres

Presidente da Associação Santo Antônio dos Pretos

Endereço: Rua Joao Evangelista nº 37, Lote Coreia – Macaúba – São Luís - MA CEP -
65.025-480. Telefone: (98) 8157 1964 – 9163 2285 //
E-mail: asadospretos@ig.com.br