



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Macedo de Sousa, Francisca Georgina; Leite de Araújo, Thelma
Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses em área rural do Maranhão
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2005, pp. 172-177
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023799009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses em área rural do Maranhão*

Alimentary standard of children aged 6 to 24 months in rural area of Maranhão
Padrón alimentício de niños de 6 a 24 meses em area rural de Maranhão

Francisca Georgina Macedo de Sousa¹, Thelma Leite de Araújo²

RESUMO: Estudo exploratório transversal com o objetivo de identificar práticas alimentares infantis adotadas por famílias da Vila São Pedro, Paço do Lumiar – MA – Brasil. A população do estudo foi representada por crianças na faixa etária de 6 a 24 meses totalizando 118 crianças. Os dados subjetivos foram coletados em entrevistas individuais com as mães utilizando-se as variáveis do Elemento Estilo de Vida do Modelo Campo de Saúde de Lalonde. Na população estudada o aleitamento materno foi amplamente praticado, pois 89,8 % das mães disseram ter amamentado seus filhos. No entanto, 97,4% das crianças receberam chás, água e espessantes antes dos seis meses de vida e somente 2,6% das crianças foram mantidas em aleitamento materno exclusivo. As frutas não foram adequadamente introduzidas na dieta infantil. O mingau de cereal é, para 62,7% das crianças, o único alimento, caracterizando uma dieta monótona e pobre em nutrientes. Tais resultados podem orientar ações de monitoramento e reorientação às ações de suporte à alimentação infantil.

Descritores: Aleitamento materno; Alimentação mista; Alimentação artificial

ABSTRACT: The main goal of the transversal exploratory survey was to identify infantile alimentary practices adopted by families from the Village of São Pedro, in the municipality of Paço do Lumiar, Maranhão Northeastern of Brazil. The target population was represented by children aged 6 to 24 months, 118 altogether. The survey's data was collected through individual interviews with mothers. The survey found that in the target population, the maternal breastfeeding was widely practiced, therefore 89,8% of the mothers informed that they breastfed their children. However, 97,4% of children had received teas, water and thick aliments before the six months of living and 2,6% of the children were exclusively breastfed. The fruits not been introduced in the children's diet properly. Cereals soup is the only kind of food for 62,7% of the children, characterizing a monotonous and poor diet in nutrients. Such results can lead us to prioritize the monitoring and reorientation to the actions or support to the infantile feeding.

Keywords: Breast feeding; Mixed feeding; Bottle feeding

RESUMEN: Estudio exploratorio, transversal con el objetivo principal de identificar practicas alimentares infantiles adoptadas por familias en la Villa São Pedro, Paço do Lumiar. La muestra del estudio fue representada por niños en edad entre 6 a 24 meses. Los datos subjetivos fueron acopiados en entrevistas individuales con las madres. Los resultados mostraron que el amamantamiento materno fue ampliamente practicado, pues 89,8% de las madres dijeron ter amamantado sus hijos, mas 97,4% dos los niños recibieron te, líquidos y papas antes de los 6 meses de edad y solo 2,6% de los niños fueron mantenidos con leche materno exclusivo. Las frutas no fueron introducidas en la dieta infantil. Las papas de cereales son para 62,7% de los niños el único alimento, caracterizando una dieta monótona y pobre en nutrientes. Esos resultados pueden orientar acciones de monitoramento y reorientación a las acciones de soporte de alimentación infantil.

Descriptores: Lactancia materna; Alimentación mixta; Alimentación artificial

INTRODUÇÃO

Dentre os vários aspectos da saúde da criança, a alimentação, reveste-se de fundamental importância por oferecer tanto nos aspectos qualitativos quanto quantitativos, nutrientes que atendam às necessidades do cres-

cimento e do desenvolvimento infantil. Cumpre assinalar, nesse particular, que o crescimento intenso e rápido da criança, principalmente nos primeiros dois anos de vida, deve ser acompanhado de alimentação adequada para atender às necessidades de macro e micronutrientes⁽¹⁾. Nesse sentido, enfatizam-se as vantagens da

* Derivado da dissertação: Sousa FGM. Situação nutricional de ferro em crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do Modelo Campo de Saúde [dissertação]. Fortaleza (CE); Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC; 2002.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. docente da UFMA, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. E – mail: fgeorginams@hotmail.com / franciscagms@nfr.ufsc.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Adjunto da Universidade Federal do Ceará/UFC. Pesquisadora CNPq.

amamentação, pois garante, em muitos casos, a sobrevivência das crianças, e, em virtude das propriedades anti-infecciosas do leite materno as protege contra diferentes infecções desde os primeiros dias de vida⁽²⁾.

Os profissionais de saúde e a família devem promover estratégias para assegurar adequada ingestão de alimentos nutritivos e energéticos. Neste sentido é necessário observar a quantidade, a qualidade, a harmonia e a adequação dos alimentos oferecidos às crianças⁽³⁾. Práticas inadequadas de suplementação alimentar poderão ter impacto negativo na saúde da criança com repercussões na fase adulta⁽⁴⁾. No que diz respeito às repercussões decorrentes de inadequação alimentar destacam-se dois mecanismos: o primeiro, é o efeito cumulativo de alterações que embora se iniciem precocemente na vida, resultam em morbidade anos depois. O segundo, é a formação de hábitos alimentares que conduzem a práticas dietéticas indesejáveis, contribuindo para a deficiência de alguns nutrientes, principalmente dos micronutrientes⁽⁵⁾.

Para o Ministério da Saúde, alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno⁽²⁾. A recomendação da Organização Mundial de Saúde apoiada pelo Ministério da Saúde é garantir o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e o aleitamento parcial até os dois anos de idade⁽⁶⁾. A partir do sexto mês, recomenda a introdução de alimentos complementares de forma lenta e gradual baseada nas evidências de que a introdução de alimentos complementares antes deste período não oferece vantagens e pode ser prejudicial à saúde da criança⁽²⁾. O argumento que sustenta a afirmação anterior diz respeito ao aumento da morbimortalidade infantil, especialmente em locais com precárias condições de higiene⁽⁷⁾. Nas últimas décadas, vários estudos têm descrito as modificações comportamentais e os mecanismos de controle da ingestão alimentar, principalmente na população infantil dada a vulnerabilidade deste grupo etário. Estudiosos afirmam que as práticas alimentares sofreram adaptações muitas vezes pouco saudáveis o que constitui desvantagens para a saúde⁽⁴⁾. Por tais afirmativas, considera-se importante investigar as práticas alimentares, questionando-se neste estudo, qual o padrão alimentar das crianças de 6 a 24 meses na Vila São Pedro, área rural maranhense.

OBJETIVOS

- identificar e descrever as práticas alimentares e o padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses, inscritas no Programa de Saúde da Família (PSF) de uma comunidade rural maranhense.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, transversal inserido em uma proposta mais ampla que teve como finalidade investigar a situação nutricional de ferro na população de 6 a 60 meses de idade⁽⁸⁾.

Para este estudo foi feito um recorte, tendo como objeto as práticas e o padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses residentes em uma comunidade rural maranhense cujas famílias estavam cadastradas no PSF. A população do estudo foi identificada a partir das Fichas de Cadastro desse Programa totalizando 118 crianças na faixa etária de 6 a 24 meses. As informações sobre as práticas e padrão alimentar foram coletadas com as mães das crianças utilizando-se formulário estruturado baseado no Modelo Campo de Saúde⁽⁹⁾, selecionando-se para este estudo, as variáveis do Elemento Estilo de Vida (Anexo A). As variáveis para este elemento constituiram-se da história alimentar da criança, alimentos usados na dieta e frequência da alimentação infantil. As mães foram entrevistadas individualmente em locais e horários previamente negociados, inclusive nos finais de semana. As informações maternas que diziam respeito a dados retrospectivos, foram analisadas com cuidado pelas pesquisadoras e, em algumas vezes, obrigou-as a retornar às mães para que dúvidas fossem esclarecidas.

Para caracterizar o padrão alimentar das crianças pesquisadas, utilizou-se a classificação adotada pelo Ministério da Saúde o qual define três categorias de aleitamento materno: a primeira, *aleitamento materno exclusivo*, quando a criança recebe somente leite materno diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos. A segunda, *aleitamento materno predominante*, quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás. Por último, *aleitamento materno*, quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano. Associa-se a esta classificação a alimentação artificial, quando o lactente recebe leite não-humano⁽²⁾.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em concordância com o que determina a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

Os resultados a seguir apresentados reafirmam a heterogeneidade no padrão alimentar da população infantil, vivenciada também na prática clínica, sendo este um dos maiores desafios para os profissionais envolvidos no cuidado à criança.

Tabela 1 - Crianças segundo faixa etária, aleitamento materno e complemento do leite, Vila São Pedro, Paço do Lumiar – MA, 2002.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa Etária		
6 - 11 meses	25	21,2
12 - 18 meses	34	28,8
19 - 24 meses	59	50,0
Total	118	100,0
Aleitamento Materno		
Sim	106	89,8
Não	12	10,2
Total	118	100,0
Padrão de Aleitamento Materno		
Aleitamento materno exclusivo	03	2,6
Aleitamento materno predominante	71	60,1
Aleitamento materno	32	27,1
Aleitamento artificial	12	10,2
Total	118	100,0

O maior percentual de crianças do estudo encontrava-se na faixa etária de 19 a 24 meses com 50,0% do total, seguida por aquelas entre 12 e 18 meses com 28,8%,

enquanto que 21,2% tinham entre 6 e 11 meses. Para caracterizar a prática do aleitamento materno e o padrão alimentar das crianças pesquisadas, recorreu-se a dados retrospectivos colhidos junto às mães, considerando que a população do estudo era constituída de crianças de 6 a 24 meses. O fato da mãe ter ou não amamentado, é uma ocorrência tão importante e marcante na vida da mulher que todas conseguem descrever esta experiência com riquezas de detalhes ou respaldadas em argumentos que justifiquem o insucesso da amamentação⁽⁷⁾. Nesse sentido, os resultados do estudo demonstram que 89,8% das mães amamentaram seus filhos em alguma época da fase de lactância, enquanto que 10,2% das crianças não receberam leite materno. Em regime de aleitamento materno exclusivo e predominante registrou-se respectivamente 2,6% e 60,1%. Observa-se que houve prevalência do aleitamento materno predominante sobre as demais categorias, o que pode sugerir que as mães valorizam o leite materno, mas não ao ponto de tê-lo como único alimento para seus filhos no período de zero a seis meses de idade, como é preconizado.

A prevalência de aleitamento materno entre a população estudada foi de 27,1%, enquanto que, 10,2% receberam como alimento o leite não-humano, incluídas, portanto, na categoria alimentação artificial.

Tabela 2 - Alimentos complementares e idade de introdução na alimentação das crianças estudadas, Vila São Pedro, Paço do Lumiar –MA, 2002.

ALIMENTOS LÍQUIDOS	1 sem a < 1 mês	1 mês	2 - 3 m	4 - 5 m	6 - 11 m	12 - 18 m	> 18 m	Total
Água/chás	68 57,6%	32 27,2%	15 12,6%	- -	3 2,6%	- -	- -	118 100%
Espessante	12 10,2%	37 31,3%	54 45,7%	12 10,2%	3 2,6%	- -	- -	118 100%
Leite artificial	12 10,1%	22 18,6%	48 40,7%	12 10,1%	3 2,6%	- -	- -	97 82,2%
Suco de frutas	- -	- -	2 1,7%	17 14,4%	12 10,2	- -	- -	31 30,5%
Papinha de frutas	- -	- -	3 2,5%	3 2,5%	2 1,7%	- -	- -	8 6,8%
Sopa	- -	- -	1 0,8%	4 3,4%	6 5,1%	- -	- -	11 9,3%
Comida da família	- -	- -	- -	- -	4 3,4%	- -	- -	39 33,0%

Com exceção de três crianças (2,6%), as demais receberam complementos do leite materno em idades precoces. A água e os chás, os espessantes e o leite artificial foram os itens da dieta com oferta iniciada antes do primeiro mês de vida com percentuais de 57,6%, 10,2% e 10,1%, respectivamente. A introdução de espessantes à dieta infantil está relacionada ao aumento da saciedade

particularmente à noite, permitindo a dupla mãe e filho um maior número de horas de sono⁽¹¹⁾. Quanto à idade em que os complementos do leite materno foram introduzidos, chama atenção o fato de 57,6% das crianças ter recebido água ou chás ainda na primeira semana de vida. Segundo o Ministério da Saúde, isso ocorre principalmente em função de uma percepção por parte das

mães e familiares de que o leite materno sozinho não é suficiente para sustentar o bebê, além do que, as mães entendem que as crianças têm sede e que essa sede não é saciada pelo leite materno⁽²⁾. Os chás são utilizados como remédios em casos de cólicas, dificuldade para dormir e para acalmar as crianças. No entanto, a complementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária e ainda concorre para diminuir o volume total do leite materno⁽¹²⁾.

Por outro lado a complementação das dietas infantis com frutas (suco /papinhas de frutas) e sopa foi baixa (30,5%, 6,8% e 9,3%) respectivamente, sendo que as frutas são oferecidas com mais frequência em forma de sucos (30,5%). Apesar de indicada, a partir do sexto mês, um percentual baixo de crianças recebe a mesma comida da família (33,0%). Fato que poderá excluir da dieta da criança alguns nutrientes que são normalmente consumidos na rotina dietética da família e, por outro lado, reforça a monotonia da dieta infantil.

Se comparado o número de crianças que receberam espessantes (118) e as que receberam leite artificial (97), há uma diferença de 21 crianças. Estas receberam mingau de farinha sem a adição do leite, pois as mães compreendem que o leite é prejudicial à saúde das crianças pequenas.

Ainda em relação à introdução de alimentos complementares os resultados apontam duas situações: aqueles alimentos introduzidos precocemente e, referidos na literatura científica, como desnecessários e aqueles introduzidos tardiamente ou não oferecidos, como é o caso das frutas, sopa e alimentação da família.

O Ministério da Saúde adverte que a alimentação da criança deve ser variada e, para facilitar a aceitação da criança ela deve ser exposta, na época oportuna, aos diferentes alimentos, ainda no primeiro ano de vida⁽²⁾.

Tabela 3 - Alegações maternas para o uso do leite artificial, Vila São Pedro, Paço do Lumiar – MA, 2002.

ALEGAÇÕES MATERNAS	N	%
Leite fraco	12	10,4
Pouco leite nopeito	19	16,5
Leite fraco + pouco leite	16	14,0
Leite fraco + choro da criança	53	46,1
Choro da criança	03	2,6
Problemas de mama	05	4,3
Outros	07	6,1
Total	115	100,0

Para as crianças classificadas em aleitamento materno predominante, aleitamento materno e alimentação artificial (115), as alegações mais frequentes referidas pelas mães para a interrupção da amamentação exclusiva foi o leite fraco + choro da criança (46,1%) e pouco leite no peito (16,5%).

Estudo sobre o tema identificou que o leite fraco e o pouco leite são as principais alegações maternas para o desmame e a origem dessa informação vem do senso comum. São respostas socialmente aceitas para a incapacidade de a mãe verbalizar o insucesso da amamentação⁽¹³⁾.

Os problemas da mama, apesar de terem sido pouco referidos (4,3%), podem deixar de existir caso as mães recebam no pré-natal e puerpério apoio e orientações que visem à prevenção dos mesmos, contribuindo dessa forma para que um maior número de crianças seja amamentado. O trabalho materno e a frequência escolar foram outras alegações maternas para a introdução de outros alimentos na dieta da criança.

Tabela 4 - Alimentação atual e frequência das refeições das crianças pesquisadas, Vila São Pedro, Paço do Lumiar – MA, 2002.

VARIÁVEIS	6 - 11 m	12 - 18 m	19 - 24 m	Total
Alimentação atual				
Leite materno + mingaus	8 (32,0%)	6 (17,6%)	2 (3,4%)	16 (13,5%)
Mingaus	13 (5,2%)	14 (41,2%)	19 (32,2%)	46 (39,0%)
Mingaus + frutas	2 (8,0%)	4 (11,8%)	6 (10,2%)	12 (10,2%)
Leite materno + sopa + frutas	2 (8,0%)	3 (8,8%)	-	5 (4,3%)
Comida da família	-	1 (2,9%)	22 (37,3%)	23 (19,5%)
Comida da família + frutas	-	6 (17,6%)	10 (16,9%)	16 (13,5%)
Total	25	34	26	118
Frequência das refeições				
3 - 4 vezes	4 (16,0%)	14 (41,2%)	19 (32,2%)	37 (31,4%)
5 - 6 vezes	12 (48,0%)	17 (50,0%)	26 (44,1%)	55 (46,6%)
6 - 7 vezes	9 (3,6%)	3 (8,8%)	14 (23,7%)	26 (22,0%)
Total	24	34	59	118

O leite materno associado a mingaus de cereais são os únicos alimentos para 13,5% das crianças estudadas. O mingau de cereal aparece como opção alimentar para 74 crianças (leite materno + mingaus; mingaus; mingaus + frutas) e destas 46 crianças (39,0%) o utilizam como única fonte alimentar caracterizando uma dieta monótona e de baixo teor protéico. O mais importante em uma dieta, do ponto de vista, nutricional, é a sua composição⁽¹⁴⁾ sendo recomendado que esta seja bastante variada, com o objetivo de diminuir problemas de saúde e estimular a adoção de práticas alimentares mais saudáveis⁽¹⁵⁾.

O Ministério da Saúde⁽²⁾ preconiza que o aleitamento materno se prolongue até os dois anos de idade, ao passo de que neste estudo, apenas 17,8% das crianças continuavam sendo amamentadas até os 24 meses (correspondem as crianças que tem como opção dietética o leite materno + mingaus, leite materno + sopa + frutas).

No que diz respeito à frequência com que as dietas são oferecidas, 31,4% das crianças recebem entre três e quatro, 46,6% entre cinco e seis e 22,0% seis a sete refeições diárias. A conduta apropriada resume-se em oferecer, a partir dos seis meses, seis refeições nas 24 horas, sendo duas refeições completas (com adição de carnes, vegetais e legumes) e as demais devem incluir sucos e frutas amassadas, mingaus de cereais e manter o aleitamento materno⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo permitiram conhecer o padrão alimentar das crianças pesquisadas, classificando-o como inadequado, monótono, deficiente em micronutrientes representado, na maioria das vezes, pelos mingaus de cereais e pela baixa frequência das dietas.

Confrontando o perfil de introdução dos alimentos nas crianças pesquisadas e o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, verifica-se que além da oferta precoce de alguns alimentos, estes não atendem às necessidades nutricionais das crianças. A água, os chás, o leite artificial e os mingaus de cereais foram os itens da dieta com oferta iniciada antes do primeiro mês de vida.

Apesar do incentivo e valorização ao aleitamento materno, como uma das mais importantes ações de promoção e prevenção da saúde da criança, a prática adotada na comunidade pesquisada é inferior às recomendações nutricionais, o que reforça a necessidade de um trabalho consistente de incentivo e apoio à amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança. Os prejuízos da alimentação artificial e a introdução inadequada de alimentos devem ser discutidos com as mães fazendo-as conhecer os princípios que norteiam a alimentação infantil.

Por outro lado, espera-se que os resultados aqui apresentados sirvam para monitorar e reorientar as ações de

suporte nutricional às crianças e fortaleça nas famílias atitudes e hábitos positivos para garantir alimentação infantil saudável.

REFERÊNCIAS

1. Del Ciampo LA, Saunder C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. *Rev Nutr Campinas* 2000; 13 (1):11-6.
2. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília; 2002.
3. Dantas Filho S, Muniz HF. Alimentação da criança. In: Lima AJ. *Pediatria essencial*. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 196–206.
4. Terra VM, Sarrubbo SAB. Nutrição do lactente. In: Grisi ES, Escobar A. *Pediatria*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 15-23.
5. Akre J. Alimentação infantil: bases fisiológicas. Genebra: OMS; 1997.
6. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Genebra: Department of Nutrition for Health and Development; 2002.
7. Giugliani ERJ. Aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr (Rio de Janeiro)* 2000; 76(Supl 3):238-52.
8. Sousa FGM. Situação nutricional de ferro em crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do Modelo Campo de Saúde [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2002.
9. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of National Health and Welfare; 1974.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
11. Spinelli MGN. Prática alimentar de crianças menores de 1 ano de idade atendidas em UBS Escola do Município de Mogi das Cruzes. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.
12. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno. Brasília; 1993.
13. Almeida JAG. Leite fraco: um problema da mama ou da cultura. *Masto-Magazine* 1998; 1(1):2.
14. Lacerda E; Cunha AJ. Anemia ferropriva e alimentação no segundo ano de vida no Rio de Janeiro. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9(5):294-301.
15. Cavalcanti MLF. Os cereais e a alimentação infantil. *Temas Pediatria* 1995; 1(2):3-20.
16. Ministério da Saúde. Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Módulo 2. Brasília; 1999.

ANEXO A

Instrumento para coleta de dados ¹**I - Amamentação:**

1. Amamentou a (o) _____ (nome da criança)?
() Sim () Não () Não sabe informar
2. A (o) _____ (nome da criança) tomou água ou chá nos primeiros seis meses de vida?
() Sim () Não () Não sabe informar
3. _____ (nome da criança) ainda mama no peito?
() Sim () Não

4. **(Se já foi desmamada).** Que idade tinha quando deixou de mamar?

- | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|----------------|-----------------------|
| () > de 1 sem | () 1 sem | () 15 dias | () 1 m | () 2 m |
| () 3 m | () 3 m | () 4 m | () 5 m | () 6 m |
| () 7 m | () 8 m | () 9 m | () 10 m | () 11 m |
| () 12 m | () 13 m | () 14 m | () 15 m | () 16 m |
| () 17 m | () 18 m | () 19 m | () 20 m | () 21 m |
| () 22 m | () 23 m | () 24 m | () não lembra | () não sabe informar |

Só perguntar se na resposta anterior a criança deixou de mamar com menos de 6 meses

5. Motivos maternos alegados para a introdução de outros alimentos além do leite materno:

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| () leite fraco | () pouco leite | () trabalho materno |
| () fissuras da mama | () ingurgitamento de mama | () mama dolorida |
| () criança não pegou o peito | () criança chorava muito | () doença/internação de outro filho |
| () mãe faleceu | () mãe voltou a estudar | () internação da mãe |
| () mãe sentia-se fraca | () filho adotivo | () outros |

6. Com que idade **(nome da criança)** começou a receber outro leite além do materno?

- | | | | | |
|----------------|-----------------------|-------------------|----------|----------|
| () > de 1 sem | () 1 sem | () 15 dias | () 1 m | () 2 m |
| () 3 m | () 3 m | () 4 m | () 5 m | () 6 m |
| () 7 m | () 8 m | () 9 m | () 10 m | () 11 m |
| () 12 m | () 13 m | () 14 m | () 15 m | () 16 m |
| () não lembra | () não sabe informar | () não se aplica | | |

7. Com que idade você introduziu mingau na alimentação de **(nome da criança)**?

- | | | | | |
|----------------|-----------------------|-------------------|----------|----------|
| () > de 1 sem | () 1 sem | () 15 dias | () 1 m | () 2 m |
| () 3 m | () 3 m | () 4 m | () 5 m | () 6 m |
| () 7 m | () 8 m | () 9 m | () 10 m | () 11 m |
| () 12 m | () 13 m | () 14 m | () 15 m | () 16 m |
| () não lembra | () não sabe informar | () não se aplica | | |

8. Com que idade você introduziu sopa na alimentação de **(nome da criança)**? _____9. Com que idade você introduziu frutas na alimentação de **(nome da criança)**? _____10. Com que idade **(nome da criança)** comeu da própria comida da família? _____11. Alimentos oferecidos atualmente a **(nome da criança)**:

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|----------------|
| () leite materno | () mingaus | () sopas | () sucos |
| () frutas amassadas | () comida da família | () outros. Quais? | () não lembra |
| () não sabe informar | () não se aplica | | |

12. Alimentos encontrados com mais frequência na sua casa

- | | | | |
|------------|------------|---------------|--------------------|
| () arroz | () feijão | () farinha | () peixe |
| () frango | () carne | () enlatados | () macarrão |
| () ovo | () pão | () café | () outros. Quais? |

13. Quantas vezes você oferece comida para **(nome da criança)** nas 24 horas (de dia e de noite)?
_____ vezes.¹ Baseado no Elemento Estilo de Vida do Modelo Campo de Saúde de Marc Lalond.