



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Nutrição

**ADESÃO DE MÃES ÀS ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS EM UMA  
INSTITUIÇÃO PÚBLICA – 2016/2017**

Beatriz Venâncio - 14/0178198

Brasília - DF  
2019

**BEATRIZ VENÂNCIO DE OLIVEIRA BELLO**

**ADESÃO DE MÃES ÀS ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS EM UMA  
INSTITUIÇÃO PÚBLICA – 2016/2017**

Trabalho elaborado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, requisito à obtenção de menção da disciplina e conclusão de curso.

Orientadora: Karin Eleonora Sávio de Oliveira.  
Coorientadoras: Raquel Costa Ferreira,  
Amanda Branquinho Silva.

**Brasília - DF**

**2019**

**BEATRIZ VENÂNCIO DE OLIVEIRA BELLO**

**ADESÃO DE MÃES ÀS ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS EM UMA  
INSTITUIÇÃO PÚBLICA- 2016/2017**

Trabalho elaborado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição, da Universidade de Brasília, requisito à obtenção de menção da disciplina e conclusão de curso.

Brasília, 5 de julho de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Karin Savio  
Orientadora

---

Professora Doutora Renata Monteiro  
Banca examinadora

---

Professora Doutora Jéssica Pedroso  
Banca examinadora

A Deus que iluminou meu caminho durante a trajetória.

Ao meu esposo, Moisés, que é meu suporte e minha inspiração diária. À minha filha, Manuela, que é minha fonte de motivação constante, seu sorriso me dá forças para continuar.

Aos meus familiares e amigos: por acreditarem sempre em mim e entenderem minha ausência. Especialmente, em memória de José Artemilton (pai de criação) e de Fabrício (irmão).

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Karin Savio, por empatia e acessibilidade.

Às Nutricionistas da Instituição Pública, Raquel Costa e Amanda Branquinho pela receptividade e ajuda no processo do trabalho.

Aos meus professores da Universidade de Brasília que foram importantes na minha vida acadêmica.

## RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a adesão aos *Doze Passos para uma Alimentação Saudável* por meio de um estudo transversal realizado entre maio a julho de 2019, em Brasília – DF. Foram analisadas trinta mães de crianças entre 12 e 48 meses que, antes da introdução a alimentação complementar de seu filho, participaram nos anos de 2016 e 2017 do curso presencial de aconselhamento em aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Foi aplicado um questionário online, contendo perguntas fechadas, com base nos Doze Passos da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos. Foi possível verificar que, na população estudada, a adesão aos Doze Passos atingiu uma média superior à observada em pesquisas nacionais, mostrando que a intervenção teve efeito positivo no cumprimento das recomendações nutricionais.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma ilustrando o processo de seleção de participantes da pesquisa:.....	14
<b>Figura 2</b> - Dificuldades enfrentadas pelas mães durante o processo de amamentação versus tempo de amamentação exclusiva de seus filhos no Distrito Federal. ....	20

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização da amostra (mães e crianças) de uma Instituição Pública, 2016-2017 .....	16
<b>Tabela 2</b> - Número de porções ao dia recomendadas de acordo com a faixa etária, segundo grupos da Pirâmide Alimentar. ....	28
<b>Tabela 3</b> - Comparativa de modificações de nomenclatura: <i>Dez passos para uma alimentação saudável</i> (BRASIL, 2013) versus <i>Doze passos para uma alimentação saudável</i> (BRASIL, 2018) .....	34

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	9
OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	11
I.1. Objetivos.....	11
I.1.1. Objetivo Geral.....	11
I.1.2. Objetivos específicos .....	11
I.2. Metodologia.....	11
I.2.1. Tipo de pesquisa .....	11
I.2.2. Campo de estudo.....	11
I.2.3. Critério para a seleção da amostra .....	12
I.2.4. Procedimentos e Coleta de Dados.....	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	14
II.1. Análise da amostra .....	14
II.1.2. Questões e análises dos dados obtidos .....	16
II.1.2.1. Questões sobre Amamentação e Fórmula Lácteas .....	17
II.1.2.2. Questões sobre Introdução Alimentar .....	22
II.1.2.3. Questões sobre Alimentação Complementar.....	24
II.1.2.4. Questões sobre Momento da Alimentação .....	31
II.1.2.5. Questão sobre Propaganda de Produtos Alimentícios.....	32
II.1.3. Comparação dos dois <i>Guias Alimentares para crianças menores de dois anos</i> de 2013 e 2018.....	33
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS .....	39
APÊNDICES .....	44
Apêndice A: Questionário aplicado, baseado nos <i>Doze Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos</i> .....	44



## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo é de suma importância para as crianças que estão em fase de crescimento e desenvolvimento, até os seis meses de idade; e a continuação da amamentação complementar por dois anos ou mais (BRASIL, 2013).

Quanto a fase de introdução alimentar, que requer tanta atenção quanto a fase de aleitamento materno, os fatores que devem ser observados quanto à variedade dos alimentos, a consistência dos alimentos, frequência ofertada dos alimentos, dentre outros fatores devem ser levados em conta no quesito da alimentação saudável e equilibrada; respeitando, por sua vez, cada faixa etária (SBP, 2018).

Cabe anotar ainda que a sedimentação de hábitos alimentares da criança, depois da fase do aleitamento materno, da introdução alimentar e alimentação complementar, é a responsável pelas escolhas das crianças em outras fases da vida, refletindo, por sua vez, na fase adulta (SBP, 2018).

Frente a importância destes temas: aleitamento materno exclusivo, duração de amamentação complementar, processo de alimentação complementar; o Guia alimentar é responsável por dar norte quanto à alimentação para a população em geral, de forma clara e objetiva, a fim de promover essas práticas e orientar para a promoção de saúde, crescimento e desenvolvimento de acordo com o potencial de cada criança (BRASIL, 2013).

Cabe mencionar que na última década, fizeram-se consideráveis esforços para o incremento das práticas de aleitamento materno. Essas intervenções resultaram em melhores taxas de amamentação em vários países. Porém, não se observou o progresso similar na área de alimentação complementar. No que diz respeito aos países em desenvolvimento, a melhoria das práticas de alimentação infantil mostra-se lenta (WHO, 2002).

Dada a importância desses temas na vida da criança, na instituição pública onde será realizado o trabalho, as mães antes de colocarem seus filhos (as) no berçário recebem orientações nutricionais, a fim de informá-las sobre alimentação saudável e equilibrada por meio de um curso, intitulado como *Curso de Atenção ao bebê*.

Este curso fornece orientações nutricionais com base nos *Dez passos de uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2013), que visa orientar as mães sobre a importância e benefícios do aleitamento materno; como deve ocorrer a introdução alimentar complementar; informar quais são os alimentos benéficos e prejudiciais; informar sobre a importância da hidratação e a forma correta de oferecer água; orientar quanto a escolha de alimentos mais saudáveis, não só para a criança,

mas para toda a família; orientar quanto a higienização dos alimentos; ensinar como montar um cardápio prático e saudável.

Com base em estudos, sabe-se que promover a implementação dos *Dez Passos para uma Alimentação Saudável* pode favorecer modificações positivas nas práticas alimentares e nas condições de saúde de crianças nessa faixa etária (VITOLLO et al., 2005). Dessa forma se torna possível à adoção de práticas alimentares mais saudáveis, desde que as mães e cuidadores sejam orientados e encorajados a isso (NUNES et al., 2017).

Diante do exposto, neste presente estudo busca-se avaliar a adesão de mães quanto às orientações nutricionais, em uma instituição pública nos anos de 2016 e 2017, dadas no curso, citado acima, após a saída dos seus filhos do berçário desta instituição em questão. Busca-se observar se de fato o curso teve impacto positivo quanto às práticas alimentares na vida dessas crianças.

Por fim, deve-se registrar, que com o novo *Guia alimentar para crianças de dois anos* (BRASIL, 2018), será proposto, no *Curso de Atenção ao bebê*, a adição de novas orientações, como por exemplo: os dois novos passos para uma alimentação saudável; as classificações sobre o tipo de processamentos utilizados nos alimentos (in natura, minimamente processado, processado e ultraprocessado), a fim de que o curso esteja consoante com as novas atualizações.

## **OBJETIVOS E METODOLOGIA**

### **I.1. Objetivos**

#### I.1.1. Objetivo Geral

Analisar a adesão das orientações nutricionais dadas às mães que frequentaram o berçário em determinada Instituição Pública nos anos de 2016 e 2017.

#### I.1.2. Objetivos específicos

- a. Identificar possíveis dificuldades enfrentadas pelas mães durante a fase de amamentação exclusiva, introdução alimentar e alimentação complementar dos seus filhos (as).
- b. Identificar o perfil alimentar das crianças que frequentaram o berçário da Instituição Pública em questão;
- c. Propor eventuais orientações complementares ao curso ofertado pelo berçário objeto da pesquisa.
- d. Analisar as principais alterações trazidas pela nova edição do *Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois anos*, que se encontra em fase prévia à publicação oficial.

### **I.2. Metodologia**

#### I.2.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico, realizado entre maio a julho de 2019, em Brasília - DF.

#### I.2.2. Campo de estudo

O presente estudo foi realizado no berçário de uma Instituição Pública, situada em Brasília-DF. Neste berçário são atendidas em média quarenta crianças por ano. O público alvo atendido são crianças a partir de quatro meses, mas a maioria delas entra no berçário a partir de cinco meses e meio.

Cabe mencionar, que há critérios de inclusão das crianças neste berçário, como: a criança está em fase de amamentação, mãe ocupante de cargo da instituição pública e, caso haja vaga, pai ocupante de cargo da instituição pública.

Quanto ao tempo de permanência das crianças, elas ficam no berçário até o dia que completam doze meses, caso haja vaga, podem ficar até, no máximo, o dia em que completam quatorze meses.

O berçário funciona em dois turnos de seis horas: das 8h às 14h (período matutino) e das 14h às 20h (período vespertino); sua equipe é composta por 29 pessoas, divididas nesses turnos.

No organograma da instituição, o berçário é chefiado diretamente pela Secretaria de Serviços de Saúde, que por sua vez, é chefiada pela a Secretaria Geral da Instituição. A equipe é composta por três cozinheiras; quinze auxiliares de educação (cuidam da higiene, da alimentação das crianças); duas psicólogas; duas auxiliares de limpeza; duas recepcionistas; uma encarregada; duas coordenadoras e duas nutricionistas.

### I.2.3. Critério para a seleção da amostra

A amostra foi composta por um grupo predefinido constituído de participantes do sexo feminino, maiores de vinte anos, residentes em Brasília- DF, que são mães de crianças entre 12 e 48 meses, as quais frequentaram, entre os anos de 2016 e 2017, o berçário de determinada Instituição Pública.

### I.2.4. Procedimentos e Coleta de Dados

Todas as mães que se encaixaram nos critérios acima mencionados (quanto ao critério da seleção da amostra) foram convidadas a participar da pesquisa. Conforme já mencionado na introdução, essas mães receberam orientações nutricionais antes da entrada dos seus filhos no berçário por meio do curso intitulado *Curso de Atenção ao Bebê*, que tem por base o documento publicado pelo Ministério da Saúde *Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois anos* (BRASIL, 2013).

O curso intitulado como *Curso de Atenção ao bebê* tem como conteúdo uma parte teórica e outra parte prática, tendo aproximadamente duas horas cada parte. Nele são abordados os seguintes temas:

- a) importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança e do aleitamento complementar até os dois anos;
- b) como e quando deve ocorrer a introdução de alimentos complementares;
- c) alimentos benéficos e prejudiciais para crianças;
- d) importância da água e a forma correta de oferecê-la à criança;
- e) escolha de alimentos mais saudáveis, não só para a criança, mas para toda família;
- f) forma correta de higienização de frutas e hortaliças;
- g) como montar um cardápio prático e nutritivo;

h) preparo da criança para ser bem atendida pelos serviços do berçário da Instituição Pública.

O berçário da instituição em questão tem uma lista das mães que utilizaram os seus serviços (participaram do curso acima mencionado) no período dos anos de 2016 e 2017. A partir da lista supramencionada, oitenta mães foram convidadas, por meio de correio eletrônico e aplicativo de mensagens de celular (*WhatsApp*), a responderem o questionário e participarem de palestras sobre alimentação após os dois anos de idade.

Quanto às palestras, elas foram realizadas nos dias 21/5/2019 e 11/6/2019 com duração de duas horas cada uma, visando apresentar a pesquisa em questão, e ainda, dar orientações nutricionais aos servidores (pais e/ou mães) da instituição sobre a alimentação de seus filhos após os dois anos de idade.

O instrumento de pesquisa foi aplicado de forma virtual por meio do *software Google Forms*. Um e-mail e uma mensagem por *WhatsApp*, com o devido *link* do questionário, foi enviado para todas as mães, que estão na listagem do berçário no período de 2016 e 2017. Esta forma de envio, visou facilitar a comunicação e com isso atingir um maior número de participantes.

O questionário foi criado com base nos Doze Passos de uma alimentação saudável para criança menores de dois anos contidos no novo *Guia Alimentar para Crianças menores de Dois anos de 2018* (BRASIL, 2018). Cabe mencionar que esse guia está em fase de elaboração de sua versão final pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>1</sup>.

Ainda sobre o questionário, ele foi composto por vinte questões no total, das quais quatro tinham por objetivo a caracterização da participante (nível de escolaridade; estado civil; número de filhos; idade atual do filho que frequentou o berçário nos anos de 2016 e 2017) e as demais versavam sobre os seguintes temas: amamentação e fórmula láctea; introdução alimentar; alimentação complementar; momento da alimentação; propagandas de produtos alimentícios. A íntegra do questionário encontra-se disponível no Apêndice A.

---

<sup>1</sup> O *Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos* é um documento oficial do Ministério da Saúde alinhado ao *Guia Alimentar para a População Brasileira*, publicado em 2014, e traz recomendações e informações importantes sobre a alimentação das crianças nos dois primeiros anos de vida, visando a promoção de saúde, de crescimento e desenvolvimento da criança. Cabe destacar que o *Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos* de 2018 está em fase de elaboração de sua versão final pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Cabe destacar, que o questionário ficou disponível online por duas semanas (quatorze dias), após este período o *link* foi desativado. Das oitenta mães que compunham o universo estatístico, trinta efetivamente acessaram o *link* e responderam o questionário, representando a amostra objeto deste estudo. Portanto, o índice de respondentes alcançado foi, aproximadamente, de 37%.

As respostas apresentadas foram tabuladas em planilha eletrônica (Excel) para permitir a construção de figuras e tabelas, permitindo uma apresentação mais didática das respostas. As Figuras e tabelas serão apresentadas no próximo capítulo desta monografia.

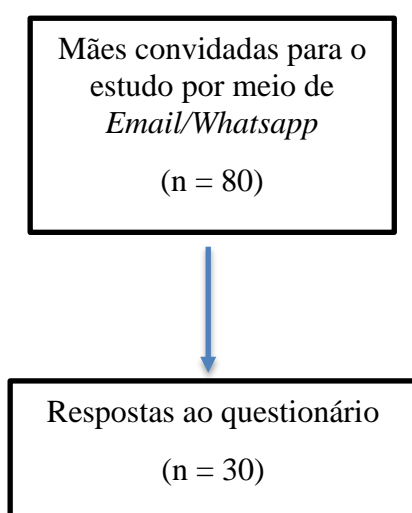
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UnB/FS (CAAE: 15198119.9.0000.0030).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### II.1. Análise da amostra

O fluxograma das mães convidadas para participarem do estudo está representado na figura 1. Cabe anotar que não houve exclusão de participantes, pois como foi um grupo predefinido, todas que responderam ao questionário se enquadravam na seleção proposta para o presente estudo (terem participado de *Curso de Atenção ao bebê*, que o berçário fornece aos responsáveis das crianças antes de elas entrarem no berçário).

**Figura 1** - Fluxograma ilustrando o processo de seleção de participantes da pesquisa:



As pesquisas realizadas com o auxílio da internet estão cada vez mais comuns entre os pesquisadores, tendo em vista suas vantagens, como: menores custos, rapidez e a capacidade de atingir populações específicas (MALHOTRA, 2006).

Quanto às desvantagens de se fazer uma pesquisa *on-line* estão a necessidade de recursos tecnológicos dos respondentes; a possível falta de habilidade dos respondentes; a exclusão da mensagem da pesquisa por percepção de *spam*; a baixa taxa de resposta (GONÇALVES, 2008).

Esta última desvantagem, a baixa taxa de resposta do questionário, foi observada no presente estudo, pois das oitenta mães que receberam as mensagens sobre a pesquisa, somente trinta delas responderam o questionário (figura 1), o que representa 37% das participantes.

As características maternas e da criança demonstraram algumas semelhanças entre todas as participantes do estudo, permitindo uma melhor análise do questionário respondido, como segue (Tabela 1): mães predominantemente de 30 anos ou mais (83,7%).

Quanto a escolaridade da amostra, somente uma mãe tem nível médio, todas as demais têm escolaridade acima de superior completo, cerca de 63% das mães têm pós-graduação; quanto ao estado civil, cerca de 86,6%, são casadas/união estável; quanto a quantidade de filhos, o maior percentual está em mães que têm dois filhos (53%) e, por fim, a idade atual das crianças que frequentaram o berçário possuem de um a quatro anos, a maior representatividade está nas crianças com três anos de idade.

Ao analisar a caracterização da amostra deste estudo, como: nível de escolaridade (63% possuem pós-graduação); faixa etária (idades entre 36 e 43 anos - 53,7%); estado civil (casada/união estável – 86,6%); pressupõe-se que essas características têm impacto significativo na duração de aleitamento materno, como visto no estudo de Sandes et al. (2007).

Os estudos sobre aleitamento materno, prevalência e fatores condicionantes, reconhecem atualmente que o aleitamento materno depende de diversos fatores, como: sócio culturais, profissionais, nível de escolaridade e ação dos profissionais de saúde. Infere-se nestes estudos que os fatores que demonstraram associações positivas com a duração do aleitamento materno foram o nível de escolaridade elevado, profissionais, orientação de profissionais de saúde (SANDES et al., 2007).

Cabe mencionar também que a relação entre o estado civil e as escolhas alimentares também pode ser verdadeira como encontradas neste estudo. Um estudo realizado na Coreia

com crianças de três a dezoito anos, verificou que crianças que moram com ambos os pais obtiveram consumos maiores de frutas, leites e produtos lácteos, em comparação com crianças que vivem com apenas um dos pais (BAEK; PAIK; SHIM, 2014).

**Tabela 1** - Caracterização da amostra (mães e crianças) de uma Instituição Pública, 2016-2017

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade Materna</b>		
≤30 anos	5	16,7
>30 anos	25	83,7
<b>Escolaridade</b>		
Nível médio	1	3
Superior Completo	6	20
Pós-graduação	19	63
Mestrado	4	13
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	2	6,7
Casada/União estável	26	86,6
Divorciada	2	6,7
<b>Número de filhos</b>		
1 filho	10	33
2 filhos	16	53
3 filhos	4	13
<b>Idade atual da criança</b>		
1 ano	1	3
2 anos	5	17
3 anos	15	50
4 anos	9	30

### **II.1.2. Questões e análises dos dados obtidos**

As questões e suas respectivas respostas, para efeito de maior clareza, serão analisadas a seguir em cinco blocos, os quais serão separados conforme os tópicos seguintes:



amamentação e fórmula láctea; introdução alimentar; alimentação complementar; momento da alimentação; propagandas de produtos alimentícios.

As quatro primeiras tinham por objetivo a caracterização da amostra, enquanto que as demais versavam sobre aspectos nutricionais relacionados ao *Guia Alimentar para Crianças menores de Dois anos de 2018* (BRASIL, 2018).

#### II.1.2.1. Questões sobre Amamentação e Fórmula Lácteas

A amamentação exclusiva significa dizer que a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou por meio de ordenha, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009).

O leite materno é importante fonte de nutrientes, rico em macronutrientes e micronutrientes, completo para nutrir um bebê até os 6 meses, pois possui todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2009).

Diante de tamanha importância da amamentação citadas acima, o questionário que foi aplicado às mães contemplou quatro questões sobre o tema, as quais tiveram o objetivo de conhecer as práticas das mães participantes e sua adequação às recomendações registradas no *Guia Alimentar para Crianças menores de Dois anos de 2018* (BRASIL, 2018).

As seguintes questões que foram analisadas: Questão 5 - “Você amamentou seu filho por quanto tempo de forma exclusiva (somente leite materno)?”; Questão 6 – “Após a introdução alimentar, você continuou a amamentação do seu filho (a) até que idade?”; Questão 7 – “Marque as principais dificuldades durante o processo de amamentação (é possível marcar mais de uma opção.”; Questão 8 – “Caso não tenha amamentado seu filho (a) com leite materno, indique abaixo os principais motivos (é possível marcar mais de uma opção)”.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. Recomenda, ainda, a introdução de alimentos complementares adequados, a partir de 6 meses, com a manutenção da amamentação por dois ou mais anos de idade da criança (BRASIL, 2018).

Grandes esforços têm sido feitos nos últimos anos para promover o aleitamento materno por todas as mães (WHO, 2004). Essa recomendação se baseia no conhecimento de que, até os seis meses de vida do bebê, o leite materno é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança, além de favorecer a proteção contra doenças. Após essa idade, a inclusão dos alimentos complementares na dieta da criança tem o objetivo de elevar,

principalmente, as quotas de energia e micronutrientes, mantendo-se o aleitamento ao peito até 24 meses de idade (OLIVEIRA, 2005).

Diante da importância do leite materno e suas recomendações, ao analisar as respostas das questões deste capítulo sobre a amamentação e fórmulas lácteas, observa-se que as mães participantes do estudo tiveram êxito no quesito de amamentação tendo como base o que recomenda *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos* (BRASIL, 2018).

Isto pode ser exemplificado pelo fato de que cerca de 56,7% das mães amamentaram de forma exclusiva seus filhos entre seis meses até um ano incompleto (questão 5); e ainda, que cerca de 48,3% amamentaram por dois anos ou mais seus filhos após a introdução alimentar (questão 6).

A duração da amamentação de forma exclusiva entre seis até um ano incompleto e amamentação complementar após a introdução alimentar por dois anos ou mais observada no presente estudo, pode se dar por conta das informações dadas às mães sobre a importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança e do aleitamento complementar até os dois anos por meio do *Curso de Atenção ao bebê* que o berçário oferece às mães sendo reforçada pela pesquisa de Nunes et al. (2017).

Cabe mencionar ainda que na II Pesquisa Nacional sobre Aleitamento Materno (BRASIL, 2009) foi mostrado que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 54,1 dias (1,8 meses); frente a isto, as mães deste presente estudo possuem duração de amamentação exclusiva superior à média nacional (entre seis meses até um ano incompleto). Reforçando mais uma vez o impacto positivo do curso ministrado na instituição em questão.

Grandes foram os avanços em relação ao aleitamento materno que ocorreram no decorrer dos anos, apesar disso, 23 capitais brasileiras ainda se encontram em situação “ruim”, segundo a Organização Mundial de Saúde, e apenas quatro estão em “boa situação”, sendo o Distrito Federal uma delas, além de Belém, Florianópolis e Campo Grande. Em relação à duração do aleitamento materno em nosso país, a situação ainda é considerada “muito ruim”, de acordo com os parâmetros de classificação da OMS (BRASIL, 2009).

Cabe anotar que a amostra estudada está no Distrito Federal, onde a duração do aleitamento materno é considerada em “boa situação”, como observa-se no percentual das respostas das participantes neste presente estudo.

Diversos são os benefícios do leite materno para o bebê: evita mortes infantis (doenças infecciosas), evita diarreia, evita infecção respiratória, diminui o risco de alergias

(alergia à proteína do leite de vaca, de outros tipos de alergias, incluindo asma), diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes (doenças intituladas como doenças crônicas não-transmissíveis), reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, menores custos financeiros para a família (BRASIL, 2009).

Para a mãe do bebê, o ato de amamentar seu filho gera proteção contra câncer de mama e ovários; evita nova gravidez; promove vínculo afetivo com seu filho; melhor qualidade de vida da família; favorece o retorno do peso pré-gestacional; involução uterina (GALLO et al., 2008).

O ato de amamentar requer técnicas de amamentação que são as maneiras como a dupla mãe e bebê se posicionam durante a amamentação. Mesmo que a sucção do bebê seja um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito da mãe de forma eficiente (WHO, 2004).

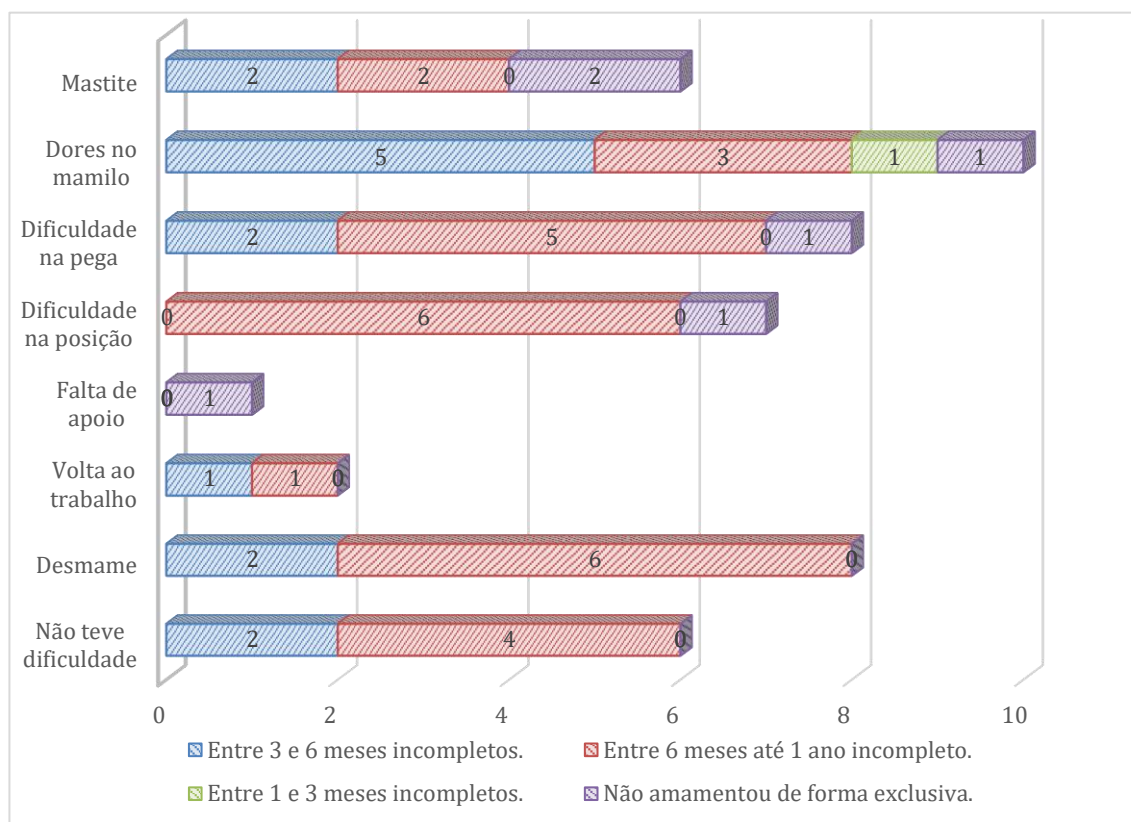
Os indicativos do posicionamento adequado do bebê são: rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; corpo do bebê próximo ao da mãe; bebê com cabeça e tronco alinhados; bebê bem apoiado. Os indicativos da pega adequada: mais aréola visível da boca do bebê; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; queixo tocando a mama (BRASIL, 2009).

Quanto as dificuldades das mães durante o processo de amamentação, no presente estudo, a análise das respostas da questão 7 é de suma importância, pois é razoável pressupor que as dificuldades enfrentadas pelas mães possuem relação direta com a duração da fase de amamentação exclusiva e, até mesmo, com a continuação da amamentação após à introdução alimentar – aleitamento complementar.

Cabe mencionar que a questão 7 teve como objetivo: identificar as dificuldades que as mães vivenciaram no decorrer da amamentação. O questionário permitiu que a participante escolhesse mais de uma dificuldade ou, caso não tenha havido, que indicasse na opção “Não tive nenhuma dificuldade”. Desse modo, os percentuais apresentados na figura 2 representa o percentual – em relação à totalidade de mães respondentes – que indicou ter enfrentado a dificuldade enunciada em cada uma das alternativas.

Assim, para realizar uma análise mais aprofundada sobre o tema foi necessário cruzar as respostas desta questão com as respostas da questão 5, que trata sobre a duração de amamentação exclusiva, o que foi feito na figura 2.

**Figura 2** - Dificuldades enfrentadas pelas mães durante o processo de amamentação versus tempo de amamentação exclusiva de seus filhos no Distrito Federal.



Com base nas respostas analisadas na figura acima, cerca de 80% das mães, marcaram várias dificuldades no processo de amamentação, tanto as mães que amamentaram de forma exclusiva por mais tempo quanto as mães que não amamentaram seus filhos de forma exclusiva. Enquanto que 20% marcaram que não tiveram nenhuma dificuldade.

As respostas marcadas sobre as dificuldades enfrentadas no processo de amamentação pelas mães foram as mais variadas, como: mastite, dores no mamilo, dificuldade na posição, falta de apoio, volta ao trabalho e desmame.

Alguns autores descrevem os fatores que interferem no aleitamento materno, incluindo processos doloroso, fissuras na mama e mastite. Nos primeiros dias pós-parto, as mães passam por várias desordens emocionais, que podem contribuir com a dor ao dar de mamar, e se essa dor permanecer durante as mamadas, contribuirá para o desmame precoce. Quanto mais rápido identificar os sinais clínicos simples, menor é a possibilidade de um problema maior como a mastite (CAMANO et al., 2005).

Alguns problemas enfrentados pelas mães durante o aleitamento materno, se não

forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação, portanto, cabe destacar a importância do papel do profissional de saúde para prevenir e ajudar a mitigar as dificuldades (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, na amostra estudada, observa-se que a dificuldade no processo de amamentação é uma realidade, pois tanto no grupo das mães que não amamentaram seus filhos de forma exclusiva e como no grupo das mães que amamentaram seus filhos por mais tempo, entre seis meses e um ano incompleto, a maioria enfrentou dificuldades no ato de amamentar seus filhos, como mostra a figura 2 acima.

Cabe mencionar que a amamentação, para a mulher, além de instintiva, necessita de aprendizado sobre técnicas e desenvolvimento do vínculo afetivo. Com isso, não se deve generalizar a capacidade de amamentar, a assistência deve ser feita de maneira individualizada para que o ato de amamentar se torne algo prazeroso (FROTA et al., 2009).

Observa-se, portanto, que o processo de amamentação é muito mais complexo do que se imagina, pois não é possível concluir, portanto, que as mães que amamentaram de forma exclusiva por mais tempo tiveram menos dificuldades do que as demais. Da mesma forma, tampouco é possível concluir que as mães que não amamentaram seus filhos de forma exclusiva ou amamentaram por menos tempo tiveram mais dificuldades.

Cabe destacar, que há algumas possibilidades para as mães que não amamentaram de forma exclusiva seus filhos, como: a falta de conhecimento sobre os benefícios do aleitamento; choro e recusa do bebê; o fato de ser uma prática que demanda muito tempo e dedicação; falta de vontade de amamentar, sensibilidade aumentada a dor, depressão pós-parto, entre outros fatores que podem aumentar a incidência da desistência no processo de amamentação (FROTA et al., 2009).

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma fórmula láctea infantil que atenda às necessidades nutricionais do bebê, conforme recomendado por sociedades científicas nacionais e internacionais. Antes do sexto mês, deve-se introduzir uma fórmula láctea infantil para bebês no primeiro semestre de vida; a partir do sexto mês de vida, recomenda-se uma fórmula infantil de seguimento para bebês no segundo semestre de vida (SBP, 2012).

Quanto aos principais motivos do não aleitamento materno (questão 8), percebe-se que as mães que não amamentaram seus filhos representam a minoria (13%), os motivos marcados foram: percepção de leite insuficiente, pouco leite e baixo peso do bebê.

Uma produção insuficiente de leite pode se desenvolver quando as mamas não são

esvaziadas de forma suficiente e frequente (o que também pode causar dores e ingurgitamento), outra justificativa pode ser a própria percepção da mãe de não ter leite suficiente para o bebê, devido a uma má interpretação dos sinais da criança, como o choro. Esse medo pode ser um estresse adicional que inibe o reflexo de produção do leite (BERGMANN et al., 2014).

Cabe anotar que as particularidades de cada mãe, em especial quanto aos aspectos psicossociais, eles precisam ser entendidos e cabe ao profissional de saúde atentar-se para cada possível fator que poderá prejudicar o sucesso da amamentação, a fim de poder auxiliar a mãe da forma devida para enfrentar a dificuldade (FROTA et al., 2009).

#### II.1.2.2. Questões sobre Introdução Alimentar

A partir dos seis meses, as necessidades nutricionais do bebê não podem mais ser supridas de forma exclusiva pelo leite materno, portanto torna-se necessária a introdução complementar de alimentos, a fim de que se adeque o fornecimento de energia, proteínas, vitaminas e minerais (OMS, 2002). A partir dessa idade, a maioria das crianças atinge seu desenvolvimento neurológico e motor-oral, o que torna possível a introdução de alimentos além do leite materno (NEIVA et al., 2003)

A introdução de alimentos novos e de consistência diferente da amamentação é um momento de grande aprendizado para o bebê, mas de grande desafio para seus responsáveis. No processo de introdução alimentar, atitudes com a paciência e a tranquilidade devem andar em conjunto com o momento de oferta de alimentos ao bebê (SBP, 2018).

Diante de tamanha importância da introdução alimentar citadas acima, o questionário que foi aplicado às mães contemplou duas questões sobre o tema, as quais tiveram o objetivo de conhecer as práticas das mães participantes e sua adequação às recomendações registradas no *Guia Alimentar para Crianças menores de Dois anos de 2018* (BRASIL, 2018).

As seguintes questões que foram analisadas: Questão 9 - “Você começou a introdução alimentar quando seu filho (a) tinha quantos meses? (Considere introdução alimentar o fornecimento de outros alimentos além do leite materno e/ou leite de fórmula)”; Questão 10 – “Na fase de introdução alimentar, como os alimentos eram preparados?”.

Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos de forma adequada, segura e no tempo correto é imprescindível para um adequado desenvolvimento do bebê e prevenção de distúrbios nutricionais. Porém, a implantação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende do

trabalho conjunto dos diversos setores da saúde constituindo-se em um amplo desafio para o sistema de saúde (BRASIL, 2009a).

O contínuo desenvolvimento do trato gastrointestinal na fase de introdução alimentar (seis meses), da coordenação neuromuscular e da função imunológica durante este período limita os tipos de alimentos que os bebês serão capazes de consumir e eleva a susceptibilidade a infecções de origem alimentar e a alergias alimentares. Diante deste cenário, recomendações para uma ótima alimentação complementar devem levar em consideração não só os requerimentos fisiológicos de nutrientes essenciais específicos para a idade, mas também uma apropriada fonte de alimentos, um apropriado método de preparação e oferta destes (DUGGAN et al., 2008).

Cabe mencionar que na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizada em 2009 pelo Ministério da Saúde, constatou-se que a introdução precoce, no primeiro mês de vida, era uma realidade, pois 13,8% das crianças recebiam água; 15,3% recebiam chás; 17,8% recebiam outros leites (BRASIL, 2009).

Ainda quanto à II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009), aproximadamente um quarto (25%) das crianças entre três e seis meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%).

Pesquisas têm mostrado que há associação a introdução precoce da alimentação complementar ao desenvolvimento de doenças atópicas (ODJIK et al., 2003; KOMKA, 2007).

Alguns pesquisadores citam, ainda, que a introdução precoce de alimentos aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação das crianças (KOMKA, 2007)

Ao comparar os dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal sobre introdução alimentar, mencionados acima, com os dados obtidos das mães participantes deste estudo, nota-se que estas mães seguem as recomendações como se é orientado pelo *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos* (BRASIL, 2018), pois a maioria delas (63,3%) introduziu a alimentação após os seis meses de idade, conforme dados obtidos da questão 9.

Isto pode se explicar pelo fato de que antes de seus filhos entrarem no berçário da instituição pública em estudo, as mães recebem orientações no *Curso de Atenção ao bebê*

sobre: como e quando deve ocorrer a introdução de alimentos complementares, com base no *Guia Alimentar para crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2013).

Sabe-se que o profissional de saúde, no caso em questão o nutricionista, torna-se promotor da alimentação saudável ao traduzir os conceitos, de forma prática à comunidade que assiste, em linguagem simples e compreensível. Assim, em suas orientações, é importante considerar conceitos adequados de preparo, noções de consistência, quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento (BRASIL, 2009a).

Quanto à consistência dos alimentos deve ser progressivamente aumentada: inicia-se com os alimentos com consistência mais pastosa para uma consistência normal habitual da família, lembrando-se de que não se deve bater os alimentos no liquidificador e nem os peneirar. Os alimentos devem ser amassados com o garfo, a fim de que se mantenham as características do alimento, propiciando por sua vez, a oferta calórica adequada (SBP, 2018).

Ainda com relação a consistência dos alimentos (questão 10), neste presente estudo foi observado que 100% das mães participantes marcaram que a os alimentos eram bem amassados no início da introdução, evoluindo por volta dos oito a nove meses para levemente amassados ou picados, evoluindo para a consistência dos alimentos da família aos doze meses.

Ao analisar as referências sobre o tema e as práticas das mães participantes deste estudo, quanto a consistência dos alimentos, nota-se que as práticas são adequadas conforme o recomendado pelo *Guia Alimentar para crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2013).

Recomenda-se, ainda, na oferta dos novos alimentos sólidos às crianças, separá-los no prato e os oferecer de modo individual, a fim de que o bebê aprenda a desenvolver preferências e paladares dos mais variados (SBP, 2018).

### II.1.2.3. Questões sobre Alimentação Complementar

A alimentação complementar é o conjunto de todos os alimentos, além do leite materno. Durante o processo de alimentação complementar, os profissionais de saúde, em especial o nutricionista, deve destacar a importância de nutrientes adequados e saudáveis, preparados pelas famílias, a partir de alimentos de boa qualidade de origem, conservação e higiene (SBP, 2018).

O questionário que foi aplicado às mães contemplou oito questões sobre o tema: alimentação complementar, as quais tiveram o objetivo de conhecer as práticas das mães



participantes, sua adequação às recomendações registradas no *Guia Alimentar para Crianças menores de Dois anos* (BRASIL, 2018) e com a literatura sobre o tema.

As seguintes questões que foram analisadas: Questão 11 - “Durante o processo de alimentação complementar, com que frequência você oferecia sucos adoçados, refrigerantes e outras bebidas adoçadas em vez de oferecer água?”; Questão 12 – “Durante o processo de alimentação complementar, considerando os grupos alimentares (grupo 1 - cereais ou tubérculos; grupo 2 - leguminosas; grupo 3 - hortaliças/legumes; grupo 4 - carnes; e grupo 5 - frutas) como era composta a alimentação do seu filho?”; Questão 13 – “Durante o processo de alimentação complementar, com que frequência seu filho (a) consumia frutas, verduras e legumes?”; Questão 14 – “Durante o processo de alimentação complementar, com qual idade seu filho (a) começou a consumir açúcar (mascavo, demerara, refinado “branco”), mel e adoçantes?”.

Ainda neste bloco foram analisadas as questões: Questão 15 – “Durante o processo de alimentação complementar, com que frequência seu filho (a) consumia alimentos ultraprocessados (bolachas recheadas, salgadinhos, enlatados, embutidos, café, frituras, achocolatados)”;

Questão 16 - Atualmente, nas preparações feitas em casa, com que frequência são usados alimentos in natura e minimamente processados (cereais ou tubérculos, leguminosas, hortaliças/legumes, carnes e frutas) no cardápio da criança e sua família/ajudante?”;

Questão 18 - Quais são os procedimentos que são feitos na sua cozinha na hora das preparações da alimentação da sua família? (É possível marcar mais de uma opção)”;

Questão 19 – “Sobre alimentação do seu filho (a) fora de casa, indique abaixo a alternativa que melhor se aplica”.

A alimentação complementar é um elemento essencial no cuidado das crianças (WHO, 1998). Realizada de forma incorreta pode ocasionar doenças nutricionais como desnutrição e obesidade (HELMAN, 2003). A desnutrição predispõe a criança aos danos neurológicos e, ainda, a menor resistência às doenças infecciosas é outra causa de aumento da morbidade e mortalidade infantil (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

No cenário, citado acima, é constatado por pesquisas que na idade adulta, as crianças estarão com maior predisposição em apresentar doenças crônicas não transmissíveis, que são: doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, altas taxas de colesterol (OPAS, 2000).

Diante da importância da alimentação complementar da criança, alguns fatores como: idade de introdução dos alimentos, frequência de consumo e quantidade das refeições, consistência e densidade calórica dos alimentos devem ser considerados para garantir a

ingestão adequada de nutrientes (WHO, 1998, 2000).

Cabe mencionar que a análise comparativa dos resultados deste estudo com os de outros estudos nacionais apresenta limitações, diante de que não há uniformidade quanto à definição de alimentos complementares e nem de alimentação complementar.

Quanto a definição de alimentação complementar, alguns pesquisadores sobre o tema utilizam o critério de classificação a consistência dos alimentos ingeridos (SILVEIRA et al., 2000; KITOKO et al., 2000), outros estudiosos têm como critério o tipo de alimento ingerido (MARCHIONI et al., 2001; SIMON et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2005; VIEIRA et al., 2003). Ocorrem ainda variações relativas aos intervalos de faixa etária estudados, como por exemplo seis a nove meses (KITOKO et al., 2000) e sete a nove meses (BEMFAM, 1999). Frente a este cenário, as comparações dos resultados deste trabalho ficam limitadas a poucos inquéritos nacionais.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 1996), que é um estudo nacional de larga escala representativo das grandes regiões brasileiras, mostra que a prevalência de alimentação complementar foi de 35,9%, de sete a nove meses. Isto pode se explicar pela melhora das taxas de aleitamento materno no primeiro semestre de vida e por seu prolongamento nas idades seguintes, o que tem sido observado no país no último quarto do século (SENA, 2007).

Sabe-se que após os seis meses de idade, dietas restritas à ingestão de leite humano podem ocasionar carências nutricionais pelo baixo consumo de micronutrientes e de energia (WHO, 2000).

No presente estudo, observa-se que 63,3% das mães participantes introduziram alimentação complementar após os seis meses de idade do bebê. Nota-se, portanto, que o achado neste estudo comparado à Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 1996) está acima da prevalência da alimentação complementar nacional, que foi de 35,9%.

A introdução da alimentação complementar após os seis meses neste grupo estudado pode se dar por conta das orientações que as mães participantes tiveram no Curso de Atenção Básico, com base no *Guia Alimentar para crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2013).

É interessante mencionar que as intervenções que utilizaram aconselhamento, além do impacto positivo no crescimento, também melhoraram as práticas maternas, a dieta infantil, além de reduzir as taxas de anemia e melhorar o desempenho dos profissionais (VALLE, 2004).

Neste presente estudo é de suma importância entender qual a fase em que a criança

se encontra e quais são os fatores fisiológicos que podem interferir no processo de alimentação complementar.

A maioria das crianças deste estudo, cerca 97%, está na fase pré-escolar, significa dizer que elas estão entre dois a seis anos de idade, sabe-se que esta fase na vida da criança é marcada por um período crítico, pois se torna necessária e importante a sedimentação de hábitos (SBP, 2018).

Quanto a fatores fisiológicos, nesta fase de pré-escolar, a criança tem velocidade de crescimento de estatura e ganho de peso menores do que nos dois primeiros anos de vida, diante disto há uma diminuição das necessidades nutricionais e do apetite. Cabe mencionar ainda que nesta fase, o comportamento alimentar da criança é caracterizado por ser imprevisível e variável, ora a criança come bem, ora rejeita os alimentos oferecidos pelos pais (SBP, 2018).

Sabe-se que como a criança está em fase de desenvolvimento e crescimento é de importância vital uma alimentação saudável e balanceada. Para que se tenha melhor clareza sobre como deve ser esta alimentação, a pirâmide alimentar sugerida e adotada pelo Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, foi adaptada de Philippi ST e colaboradores (1999), que transformou as porções recomendadas para a população adulta para a faixa etária de crianças.

O modelo de pirâmide, citado acima, traz as proporções de cada grupo alimentar (tabela 2). No topo da pirâmide, tem-se os alimentos que devem ser consumidos com menor frequência e quantidade. Na base, aparecem os grupos de alimentos que devem ser consumidos com maior frequência e quantidade (SBP, 2018).

**Tabela 2** - Número de porções ao dia recomendadas de acordo com a faixa etária, segundo grupos da Pirâmide Alimentar.

<b>Nível pirâmide</b>	<b>Grupo alimentar</b>	<b>Idade pré-escolar (2 a 6 anos)</b>
1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	5
	Verdura e legumes	3
2	Frutas	3
	Leites, queijos e iogurtes	3
3	Carnes e ovos	2
	Feijões	1
4	Óleos e gorduras	1
	Açúcar e doces	1

Ao observar as recomendações das porções acima, nota-se que as crianças na idade pré-escolar, idade da maioria das crianças do presente estudo, devem se alimentar de todos os grupos alimentares e ainda em quantidades recomendadas para esta faixa etária, para que se evite deficiências alimentares (SBP, 2018).

Neste presente estudo, cerca de 93,8% das crianças, possuem alimentação complementar composta pelos cinco grupos alimentares (questão 12), percebe-se, portanto, uma alimentação variada e equilibrada.

Foi investigado ainda com relação aos grupos alimentares, como são feitas as preparações em casa, de modo a saber qual era a frequência da utilização de todos os grupos alimentares no cardápio da família e da criança (questão 16): 62,5% das mães marcaram que sempre são usados alimentos *in natura* e minimamente processados e 37,5% marcaram que quase sempre são usados alimentos *in natura* e minimamente processados.

Com relação a alimentação fora de casa (questão 19), cerca de 68,8% marcaram que seus filhos às vezes substituem uma refeição principal (almoço ou jantar) por um lanche não saudável; as demais, cerca de 28,1%, nunca fazem esta substituição.

Observa-se, com as respostas obtidas acima, que o cuidado com a alimentação dos filhos das participantes deste estudo se estende para a alimentação fora do âmbito familiar.

Quanto ao consumo de frutas, verduras e legumes (questão 13), cerca de 96,9% consomem frutas, verduras diariamente, nota-se, portanto, uma dieta rica em micronutrientes, o que é fundamental para crianças em desenvolvimento e crescimento.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2006) constatou que crianças brasileiras com idade de 6-59 meses apresentam um baixo consumo diário de hortaliças, carnes e frutas. Neste presente estudo, ao comparar os dados obtidos com os dados que constam na PNDS, nota-se que o consumo de hortaliças e frutas está acima do que é visto nas pesquisas nacionais.

Na alimentação da criança, deve-se observar não somente quanto aos grupos alimentares, como também, quanto ao tipo de processamento utilizado para a fabricação dos alimentos que são ofertados para a criança. O *Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014* traz esta classificação dos alimentos em quatro grupos, conforme o tipo de processamentos realizados nos alimentos (BRASIL, 2014).

Cabe mencionar que O *Guia Alimentar para crianças menores de dois anos de 2018* traz em seu texto a classificação citada acima e os exemplos de cada grupo, a fim de facilitar o entendimento sobre o que é um alimento *in natura* ou minimamente processados, o que é um alimento processado e o que é um alimento ultraprocessados, trazendo ainda os exemplos de cada tipo de alimento.

Cabe anotar que as classificações quanto ao tipo de processamentos realizados nos alimentos, citados acima, serão feitas no tópico referente à comparação dos dois guias alimentares para crianças menores de dois anos de 2013 e 2018, respectivamente.

Neste estudo, nota-se que o consumo de alimentos ultraprocessados (questão 15) tem baixo consumo entre as crianças estudadas, pois cerca de 93,8% das mães marcaram que “nunca” seus filhos consomem alimentos como bolachas recheadas, salgadinhos, enlatados, embutidos, café, frituras, achocolatados, entre outros alimentos ultraprocessados.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009), em relação aos alimentos considerados não saudáveis, constatou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de nove e doze meses.

Neste presente estudo, ao comparar os dados obtidos com os dados que constam na pesquisa mencionada acima, nota-se que o consumo de alimentar das crianças deste presente estudo não é composto, praticamente, por nenhum tipo de alimento ultraprocessado, em contrapartida, isto não é uma realidade do perfil de consumo alimentar das crianças brasileiras.

Um estudo feito no Distrito Federal que fez a avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, constatou que quanto ao perfil de consumo

alimentar, foi observada a predominância de alimentação láctea, exceto consumo de leite materno; introdução precoce de açúcar, *snacks*, refrigerantes, fast food, enlatados/embutidos, e doces/guloseimas; percebendo-se, portanto, uma substituição de alimentos naturais, mais saudáveis, por alimentos industrializados, refinados, ricos em açúcares e gorduras (TUMA et al., 2005)

É importante destacar que os alimentos preferidos pela criança são os de sabor doce e muito calóricos. Essa preferência ocorre porque o sabor doce é inato ao ser humano, não necessitando de aprendizagem como os demais sabores, e é originada na socialização alimentar da criança e depende em grande parte, dos padrões da cultura alimentar e do grupo social ao qual ela pertence. Cabe aos pais orientar o que consumir e quantidade. Observar o consumo de no máximo 25 gramas por dia de açúcar (AAP, 2016).

No presente estudo, a idade que as crianças começaram a consumir alimentos com açúcar (mascavo, demerara, refinado, branco), mel e adoçantes foi entre um ano e dois anos incompletos e após dois anos: 46,9% e 53,1%, respectivamente (questão 14). A maioria das crianças começaram a consumir na idade em que o *Guia Alimentar recomenda, após os dois anos* (BRASIL, 2018).

Com relação à hidratação da criança, é importante oferecer água potável a partir da alimentação complementar, porque os alimentos dados à criança apresentam maior quantidade de proteínas por grama e maior quantidade de sais o que causa sobrecarga de solutos para os rins, que deve ser compensada pela maior oferta de água (SBP, 2018).

A quantidade de água que deve ser oferecida pode ser calculada com base na faixa etária da criança, a fim de suprir as necessidades hídricas da criança. Recomenda-se para crianças até 10kg: 100 ml/kg/dia de água; para crianças entre 10 e 20kg: 1000ml mais 50 ml/kg/ dia acima de 10kg; crianças maiores de 20kg: 1500ml mais 20ml/kg/dia acima de 20kg (HOLIDAY; SEGAR, 1957).

Neste estudo teve uma questão sobre a frequência em que a água era substituída por sucos adoçados, refrigerantes e outras bebidas adoçadas (questão 11), a fim de investigar sobre a hidratação da criança. Quanto a esta questão, as mães participantes marcaram que “nunca” fizeram a substituição.

Cabe mencionar, que os sucos, tanto os naturais quanto os artificiais, devem ser evitados pelo risco de predispor à obesidade devido ao maior consumo de calorias e não ingestão das fibras das frutas que contribuem para diminuir a absorção do açúcar (FEWTRELL et. al., 2017).

O ato de se alimentar envolve várias etapas, as quais todas são importantes no processo de alimentação de uma criança. Como citado nos parágrafos acima, além de se observar o perfil de consumo alimentar, quanto a importância de uma alimentação variada composto por todos os grupos alimentares; ainda, se atentar para a questão sobre o tipo de processamento que o alimento passou: se ele é *in natura*, minimamente processado, processado e ultraprocessado; observar se a hidratação da criança tem sido feita adequadamente conforme o recomendado; por fim, se atentar para os procedimentos quanto à higienização nos preparos do alimento. (SBP, 2018).

Quanto ao processo de higienização nos preparos de alimentos, é importante salientar que higienização correta do manipulador, dos utensílios, das superfícies que entram em contato com o alimento, proporcionam um alimento mais seguro, de maior qualidade, evitando, por sua vez, as doenças provenientes de origem alimentar (RODRIGUES, 2011).

Com relação ao processo que são feitos na cozinha na hora das preparações da alimentação da família, na questão 18, o questionário permitiu que a participante escolhesse mais de um procedimento. Desse modo, os percentuais apresentados a seguir representam o percentual – em relação à totalidade de mães respondentes – que indicou ter os procedimentos enunciados em cada uma das alternativas.

Neste presente estudo, nota-se uma boa prática de higienização das mães participantes (questão 18), pois todas responderam a prévia higienização das mãos antes de se iniciar o preparo dos alimentos; quanto aos itens sobre limpeza de utensílios/superfícies e higienização dos alimentos em água corrente, cerca de 81,3%, responderam a realização destes procedimentos; já quanto ao item de higienização dos alimentos com a utilização de solução clorada destinada a limpeza para eliminar os agentes biológicos, cerca de 62,5% responderam fazê-lo nos alimentos.

Estas boas práticas na higienização podem se explicar pelo fato de que as mães recebem orientações no *Curso de Atenção ao bebê*, uma destas orientações é sobre a forma correta de higienização de frutas e hortaliças, com base no *Guia Alimentar para crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2013).

#### II.1.2.4. Questões sobre Momento da Alimentação

Com relação ao momento da alimentação em família, sabe-se que a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio da aprendizagem social, tendo os pais o papel principal de primeiros educadores nutricionais

(RAMOS et al., 2000).

Diante do citado acima, frente à importância da família no processo de sedimentação de bons hábitos alimentares, este trabalho possui uma questão sobre o tema, o qual teve como objetivo conhecer a prática das mães participantes, sua adequação à recomendação registrada no *Guia Alimentar para Crianças menores de Dois anos* (BRASIL, 2018) e com a literatura sobre o tema.

A seguinte questão que foi analisada sobre o tema: Questão 17 - “Atualmente, qual a sua percepção sobre o momento da alimentação do seu filho (a)?”.

Os resultados obtidos desta questão, quanto ao momento de alimentação da criança, foram que 78,1% das mães participantes marcaram que geralmente é um momento tranquilo, são raros os momentos estressantes e desafiantes; 18,8% marcaram que é sempre um momento estressante e desafiante.

Alguns estudos demonstram a importância do contexto social na alimentação, uma vez que este afeta a experiência alimentar, influencia os padrões de alimentação, o desenvolvimento socioemocional da criança e a qualidade da relação entre pais e filhos (BIRCH, 1990; RAMOS et al., 2000).

Quanto aos dados obtidos na resposta, nota-se que o momento da alimentação da criança, no presente estudo, no modo geral, é tranquilo; o que é recomendado no *Guia alimentar para criança menores de dois anos de 2018*, que a alimentação deve ser um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto. O ambiente acolhedor, tranquilo e a boa relação entre a criança e a pessoa responsável por alimentá-la podem influenciar de forma positiva na aceitação dos alimentos. (BRASIL, 2018)

Cabe mencionar que o contexto social adquire um papel preponderante no processo de aprendizagem na formação do comportamento alimentar da criança, principalmente nas estratégias que os pais utilizam para a criança alimentar-se ou para aprender a comer alimentos específicos (RAMOS et al., 2000).

#### II.1.2.5. Questão sobre Propaganda de Produtos Alimentícios

Alguns estudos que investigam sobre o efeito dos comerciais televisivos no comportamento alimentar infantil têm demonstrado que o hábito de assistir à televisão está diretamente relacionado com os pedidos, as compras e o consumo de produtos alimentícios anunciados por ela (TARAS et al., 1989; HITCHINGS; MOYNIHAN, 1998).

Frente à importância do cuidado que se deve ter quanto à exposição a criança à



comerciais televisivos de alimentos, este trabalho possui uma questão sobre o tema, o qual teve como objetivo conhecer a possível influência de que as propagandas têm sobre as crianças.

A seguinte questão que foi analisada sobre o tema: Questão 20 - “Em que medida as propagandas de produtos alimentícios que passam na TV influenciam a alimentação do seu filho (a)?”.

Ao observar as respostas obtidas desta questão, notou-se que 81,3% das mães participantes marcaram que embora seu filho (a) assista televisão e propagandas de alimentos, ele não tem o hábito de pedir os alimentos que viu em propagandas, não exercendo qualquer influência em sua alimentação; cerca de 15,6% das mães marcaram que é comum seu filho (a) pedir alimentos que viu em propagandas, porém apenas elas compram após analisar a qualidade nutricional.

Embora, a maioria das mães participantes deste estudo tenham marcado a opção na questão acima de que não há nenhuma influência das propagandas nos hábitos alimentares de seus filhos; pesquisadores sobre o tema observam que há influência dos comerciais de televisão nos hábitos dietéticos e concluíram que os comerciais de produtos açucarados têm uma abordagem infantil, que pode levar a criança a consumi-los (MAINARDI et al., 1998; TARAS et al., 1989).

Cabe mencionar ainda sobre o tema, que estudos mostram que entre os fatores ambientais, o hábito de assistir à televisão, destaca-se a frequente veiculação de propagandas de alimentos pela televisão, que em sua maioria possuem baixos valores nutricionais, com elevados teores de gordura, açúcar e sal (TARAS et al., 1989; WILSON et al., 2006).

### **II.1.3. Comparação dos dois *Guias Alimentares para crianças menores de dois anos de 2013 e 2018***

A Organização Mundial da Saúde recomenda que os governos elaborem diretrizes nacionais sobre alimentação e nutrição. Os guias alimentares são diretrizes que visam fornecer informações atualizadas, em linguagem acessível e clara para todas as pessoas, considerando, por sua vez, questões culturais dos países e de suas populações.

Cabe mencionar que a primeira versão do Guia Alimentar para crianças menores e dois anos foi publicada em 2002, sendo revisada em 2010; e mais recente, foi atualizado em 2018, o qual está em fase de elaboração de sua versão final pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

O Guia alimentar para crianças menores de dois anos é um documento oficial do Ministério da Saúde alinhado ao Guia alimentar para a População Brasileira, publicado em 2014; em suma, o guia para crianças visa promover saúde, crescimento e desenvolvimento de acordo com o potencial de cada criança.

No novo Guia para criança menores de dois anos de 2018 foram modificados alguns enunciados dos dez passos para uma alimentação saudável e ainda foram adicionados mais dois passos para uma alimentação saudável, sendo que no guia anterior de 2013 havia os dez passos para uma alimentação saudável.

Ainda, quanto às alterações no guia novo de 2018, foram adicionados um tópico sobre alimentos e suas classificações quanto aos tipos de processamentos usados na produção dos alimentos, como: alimento *in natura*, minimamente processado, processado e ultraprocessados.

Com relação às modificações citadas acima, segue tabela abaixo com a comparação:

**Tabela 3** - Comparativa de modificações de nomenclatura: *Dez passos para uma alimentação saudável* (BRASIL, 2013) versus *Doze passos para uma alimentação saudável* (BRASIL, 2018)

Guia de 2013	Guia de 2018
Ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.	Alimentar a criança com alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados.
Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.

**Fonte:** (BRASIL, 2013, 2018).

A adição de dois passos no *Guia Alimentar para criança menores de dois anos de 2018* foram oferecer à criança alimentação adequada e saudável fora de casa; e ainda, proteger a criança da publicidade de alimentos (BRASIL, 2018).

Quanto à classificação dos alimentos *in natura* ou minimamente processados, eles

são obtidos diretamente das plantas ou dos animais, e ainda, não sofrem nenhuma alteração em sua composição ao deixar a natureza; os alimentos minimamente processados passam por algumas modificações, como limpeza, moagem, secagem, pasteurização, congelamento, mas não envolve a adição de sal açúcar, óleo, gorduras, entre outras substâncias (BRASIL, 2018).

Alguns exemplos de alimentos *in natura* ou minimamente processados são leguminosas as mais diversas (feijão de todas as cores, grão de bico); cereais dos mais diversos (arroz branco, integral, parbolizado, milho); raízes e tubérculos (batata, mandioca); legumes e verduras frescas; frutas; carnes e ovos; leites (leite pasteurizado, iogurte sem adição de açúcar e outras substâncias); castanhas e nozes (BRASIL, 2018).

Quanto à classificação dos alimentos processados, eles são alimentos elaborados a partir de alimentos *in natura*, mas geralmente são adicionados sal ou açúcar ou outra substância culinária para durarem mais em prateleira dos mercados (BRASIL, 2018).

Alguns exemplos de alimentos processados são papas industrializadas de frutas; conservas de legumes, verduras, cereais ou leguminosas; extrato o concentrado de tomate (com açúcar e sal); queijos; castanhas com sal ou açúcar, dentre outros (BRASIL, 2018).

Quanto aos classificados como alimentos ultraprocessados, eles são produzidos pela indústria e levam muitos ingredientes em sua composição, como sal, açúcar, óleos, gorduras e aditivos alimentares, como: corantes artificiais, conservantes. (BRASIL, 2018).

Alguns exemplos de alimentos ultraprocessados são refrigerantes; barras de cereais; iogurte com sabores; temperos industrializados de carne, de frango ou de legumes; empanados de carne, de frango, ou de peixe tipo *nuggets*; salsicha; sorvetes industrializados; chocolates; balas e guloseimas em geral (BRASIL, 2018).

Este último, alimentos ultraprocessados, por conter quantidades excessivas de calorias, sal, açúcar, gorduras, aditivos e poucas vitaminas e minerais, quando consumidos em excesso podem levar a problemas relacionados às doenças crônicas não-transmissíveis, como: hipertensão, diabetes, obesidade (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, cabe mencionar que o perfil de consumo alimentar para crianças deve ser com base em alimentos *in natura* e minimamente processados, pois eles promovem saúde, por serem ricos em nutrientes. Deve-se evitar, na dieta da criança, a oferta de alimentos processados e não devem ser oferecidos à criança alimentos ultraprocessados.

Ao comparar os dois guias de 2013 e 2018, percebe-se que algumas nomenclaturas foram alteradas e que houve adição de alguns passos para uma alimentação saudável,

portanto o guia de 2018 trouxe temas como a classificação dos tipos de processamentos dos alimentos, mas, de modo geral, as recomendações se mantiveram como no guia de 2013.

## CONCLUSÃO

Neste presente estudo, buscou-se analisar a adesão das mães que receberam orientação por meio do *Curso de Atenção ao bebê* antes das crianças entrarem no berçário em uma determinada Instituição Pública nos anos de 2016 e 2017, conclui-se que com os achados por meio dos percentuais das respostas do questionário, que a adesão das orientações nutricionais foi uma realidade no grupo estudado.

O curso, citado acima, ministrado pela Instituição tem impacto positivo na vida das crianças, pois mesmo após a saída delas do berçário, as respostas obtidas do questionário evidenciam uma boa qualidade da dieta das crianças em todos os quesitos de recomendações nutricionais: quanto às boas práticas das mães participantes com relação a duração do aleitamento materno exclusivo; com relação a continuação da amamentação após a introdução alimentar; com relação ao processo de alimentação complementar; e ainda, com relação aos procedimentos de higienização nas preparações.

Notou-se que o perfil de consumo alimentar das crianças é variado, composto pelos cinco grupos alimentares; que o tipo de alimento mais utilizado na alimentação das crianças são alimentos *in natura* e, raramente, são utilizados alimentos ultraprocessados; e ainda, que o momento da alimentação, geralmente é um momento tranquilo.

Ao comparar os inquéritos nacionais com os achados deste estudo, nota-se que a realidade geral das crianças brasileiras está aquém do que foi achado neste estudo; quanto a duração de amamentação exclusiva, enquanto tem-se na Pesquisa Nacional por dois meses incompletos de duração de aleitamento materno, neste estudo tem-se de seis a um ano incompleto a duração de amamentação exclusiva.

O alto percentual de adesão das mães aos dez passos para uma alimentação saudável pode ser explicado por vários fatores relacionados às características das participantes do presente estudo, como: elevado nível de escolaridade das mães; a maioria das mães com estado civil de casada; as orientações dadas as mães durante o *Curso de Atenção ao bebê* fornecido pelo berçário.

Sabe-se que mães, as quais passam por um aconselhamento materno durante o primeiro ano de vida, melhoram a qualidade da dieta de suas crianças, capacitando-as a fazer melhores escolhas em relação aos alimentos que são oferecidos aos seus filhos, como é mostrado neste estudo.

Cabe mencionar ainda que a ingestão alimentar infantil possui uma importante associação às atitudes e crenças maternas, reforçando a importância da educação sobre os

hábitos alimentares de seus filhos; portanto, o curso ofertado pela instituição pode refletir nos hábitos alimentares das crianças, cujas mães foram devidamente orientadas.

Ao observar as questões respondidas, serão propostas eventuais orientações complementares ao curso ofertado pelo berçário, como: adicionar no curso a classificação do tipo de processamentos utilizados nos alimentos e seus respectivos exemplos para facilitar o entendimento das participantes; adicionar os dois passos que foram inclusos no guia novo de 2018: quanto a oferecer à criança alimentação adequada e saudável fora de casa; e ainda, proteger a criança da publicidade de alimentos

Quanto a este último passo, em especial, mesmo que a resposta das participantes tenha se dado na total negação da influência da televisão nos hábitos alimentares das crianças, no futuro, isto pode ter real impacto na vida das crianças, como é mostrado em estudos sobre a influência da televisão no consumo alimentar.

Diante do exposto acima, conclui-se que as orientações nutricionais dadas às mães sobre as práticas alimentares mais saudáveis, nos primeiros anos de vida do bebê, podem refletir positivamente em hábitos alimentares adequados na infância, podendo, por sua vez, se estender por todas as fases de vida da criança.

Cabe destacar ainda que é de suma importância a continuação deste *Curso de Atenção ao bebê* da instituição em questão, pois este curso é uma das formas de promover saúde, crescimento e desenvolvimento de acordo com o potencial de cada criança.

## REFERÊNCIAS

American Academy of Pediatrics, Work Group on breast-feeding. **Breast feeding and the use of human milk**. Pediatrics. 2016;100:1035-39.

BAEK, Y. J; PAIK, H. Y; SHIM, J. E. **Association between family structure and food group intake in children**. Nutrition Research and Practice, 8(4):463-468, 2014.

BEMFAM/IBGE/MS/FNUAP/UNICEF. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. 2.ed. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1999.

BERGMANN, R. L; BERGMANN, K. E; WEIZSACKER, K. V; BERNS, M; HENRICH, W; DUDENHAUSEN, J. W. **Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers - a review of the scientific evidence**. J. Perinat. Med., 42(1): 9-18, 2014.

Birch LL. **Development of food acceptance patterns**. Develop Psych 1990; 26: 515-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. 2008**. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar**. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília-DF, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. – 2 ed., – 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. ISBN 978-85-334-1607-9, Brasília Ed. do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS**. ISBN 978-85-334-1598-0, Brasília Ed. Do Ministério da Saúde, 2006.

CAMANO, L.; SOUSA, E.; SASS, N.; MATTAR, R. **Obstetrícia: guia de medicina ambulatorial e hospitalar**. Barueri (SP): Manole; 2005

Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: **A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition**. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017;64:119–132.

FROTA, M. A; COSTA, F. L; SOARES, S. D; FILHO, O. A. S; ALBUQUERQUE, C. M; CASIMIRO, C. F. **Fatores que interferem no aleitamento materno**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul./set, 2009.

GALLO, P.R; et al. **Motivação de gestantes para o aleitamento materno**. Revista de Nutrição, Campinas. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n5/a02v21n5.pdf>> . Acesso em: 20 de junho de 2019.

GONÇALVES, D. I. F. **Pesquisas de marketing pela internet: As percepções sob a ótica dos entrevistados**. Revista de Administração Mackenzie, V. 9, N. 7, Nov/Dez 2008.

Helman CG Cultura, **saúde & doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

HITCHINGS, E.; MOYNIHAN, P. J. **The relationship between television food advertisements recalled and actual foods consumed by children**. Journal of Human Nutrition and Dietetics, v. 11, n. 6, p. 511-517, 1998.

Holiday, M.A., & Segar, W.E. (1957). **The maintenance need for water in parenteral fluid therapy**. Pediatrics, 19(5), 823-832.



Kitoko PM, Réa MF, Venâncio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. **Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise completa.** Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro) 2000; 16(4): 1111-19.

Komka SMNB, Pereira MG. **Prevalência de alimentação complementar no Brasil** [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde; 2007.

MAINARDI, A. P. R. et al. **Influência dos comerciais de televisão nos hábitos dietéticos.** Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, v. 3, n. 10, p. 35-40, 1998.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

Marchioni DML, Latorre MRDO, Szarfarc SC, Souza SB. **Complementary feeding: study on prevalence of food intake in two health centers of São Paulo City.** Archivos Latinoamericanos de Nutricion; 2001; 51,(2): 161-66.

MB, B. et al. **Custo da alimentação no primeiro ano de vida.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 20, n. 1, p. 55-62, jan./fev. 2007.

Monte CMG, Giugliani ERJ. **Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.** J Pediatr (Rio de Janeiro) 2004;80(Supl 5):131-41

Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. **Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral.** J Pediatr. 2003; 79(1):7-12.

NUNES, L. M. et al. **Efeitos de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas.** Cad. Saúde Pública, Porto Alegre, v. 33, n. 6, jan. 2017.

ODJIK J, KULL I, BORRES MP, BRANDTZAEG P, EDBERG U, HANSON LA. **Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966- 2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations.** Allergy. 58:833-43, 2003.

Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. **Alimentação complementar nos primeiros anos de vida.** Rev Nutr (Campinas) 2005;18(4): 459- 69.

Oliveira, LPM, et al. **Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida**. Rev. Nutr., Campinas. 2005 Aug; 18(4):459-469.

Organização Pan-Americana da Saúde-Brasil. Informativo, novembro; 2000. [cited 2007abr28] Available from: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/nutricao.htm>

PHILIPPI, S. T. et al. **Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos**. Revista de Nutrição, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.

RAMOS, M. et al. **Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil**. Jornal de Pediatria, v. 76, Supl. 3, 2000.

RODRIGUES, D. G. et al. **Avaliação de dois métodos de higienização alimentar**. Revista Saúde e Pesquisa, v. 4, n. 3, p. 341-350, set/dez. 2011 – ISSN 1983-1870

SANDES, A. R; NASCIMENTO, C; FIGUEIRA, J; GOUVEIA, R; VALENTE, S; MARTINS, S; CORREIA, S; ROCHA, E; DA SILVA, L. J. **Aleitamento Materno. Prevalência e Fatores condicionantes**. Acta Med Port, 20: 193-200, 2007.

SENA, M. C. F. **O aleitamento materno no Brasil**. [Tese] Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2007.

Silveira FJF, Lamounier JA. **Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idades na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais**. Rev Nutr (Campinas) 2004; 17(4): 437-44.

SIMON, et al. **Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 6, n. 1, p. 29-38, jan. 2003.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Manual de Alimentação: orientações para a alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. – 4ª.ed. – São Paulo, SP: SBP, 2018.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de Orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3.ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

TARAS, H. et al. Television's Influence on children's diet and physical activity. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v. 10, n. 4, p. 176-180, 1989.

TUMA, R. C. F. B; COSTA, T. H. M. D; SCHMITZ, B. D. A. S. **Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, Distrito Federal.** *Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, n. 4, p. 419-428, dez./2005

VALLE NJ, SANTOS I, GIGANTE DP. **Intervenções nutricionais e crescimento em crianças de até 2 anos de idade: uma revisão sistemática.** *Caderno de Saúde Pública*, 20:1456-65, 2004.

Vieira MLF, Silva JLCP, Filho AAB. **A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas?** *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(4): 317-24.

VITOLLO, M. R; BORTOLINI, G. A; FELDENS, C. A; DRACHLER, M. L. **Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5): 1448-1457, set-out, 2005.

VITOLLO, M. R; RAUBER, F; CAMPAGNOLO, P. D. B; FELDENS, C. A; HOFFMAN, D. J. **Maternal Dietary Counseling in the First Year of Life Is Associated with a Higher Healthy Eating Index in Childhood.** *J. Nutr.*, 140: 2002–2007, 2010.

WHO. **Complementary Feeding Counselling: a training course.** WHO, 2004.

WILSON, N. et al. **Marketing fat and sugar to children on New Zealand television.** *Preventive Medicine*, v. 42, n. 2, p. 96-111, 2006.

World Health Organization. **Complementary feeding of young children in development countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva: World Health Organization; 1998.

World Health Organization. **Complementary feeding: family foods for breastfed children.** Geneva: World Health Organization; 2000.

World Health Organization. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review.** Geneva: OMS; 2002.

## APÊNDICES

**Apêndice A:** Questionário aplicado, baseado nos *Doze Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos*.

Idade mãe:

**1)** Escolaridade da Mãe:

- a) ( ) Nível Médio.
- b) ( ) Superior completo.
- c) ( ) Pós-graduação.
- d) ( ) Mestrado.
- e) ( ) Doutorado.

**2)** Estado Civil:

- a) ( ) Solteira.
- b) ( ) Casada/União Estável.
- c) ( ) Divorciada.
- d) ( ) Viúva

**3)** Número de filhos:

**4)** Idade atual do filho (a) que frequentou o berçário da Instituição Pública entre 2016 e 2017:

**5)** Você amamentou seu filho por quanto tempo de forma exclusiva (somente leite materno)?

- a) ( ) Não amamentou de forma exclusiva.
- b) ( ) 1 mês incompleto.
- c) ( ) Entre 1 e 3 meses incompletos.
- d) ( ) Entre 3 e 6 meses incompletos.
- e) ( ) Entre 6 meses até 1 ano incompleto.

**6)** Após a introdução alimentar, você continuou a amamentação do seu filho (a) até que idade?

- a)  Interrompi a amamentação logo após a introdução alimentar.
- b)  Até 7 meses.
- c)  Entre 7 meses e 1 ano incompletos.
- d)  Entre 1 ano e 2 anos incompletos.
- e)  2 anos ou mais.

**7)** Marque suas principais dificuldades durante o processo de amamentação (é possível marcar mais de uma opção):

- a)  Mastite (inflamação na mama).
- b)  Dores no mamilo.
- c)  Dificuldade na pega.
- d)  Dificuldade na posição do bebê.
- e)  Falta de apoio na família.
- f)  Volta ao trabalho.
- g)  Dificuldade no desmame.
- h)  Não tive nenhuma dificuldade.

**8)** Caso você não tenha amamentado seu filho (a) com leite materno, indique abaixo os principais motivos (é possível marcar mais de uma opção):

- a)  Percepção de leite insuficiente.
- b)  Insegurança.
- c)  Cansaço.
- d)  Baixo peso do bebê (com orientação médica para introdução de leite de fórmula para ganho de peso).
- e)  Pouco leite.
- f)  Não se aplica.

**9)** Você começou a introdução alimentar quando seu filho (a) tinha quantos meses? (considere introdução alimentar o fornecimento de outros alimentos além do leite materno e/ou leite de fórmula):

- a)  O bebê começou a comer papinha entre o 1º e o 3º mês de vida.

- b)  O bebê começou a comer papinha com 4 meses.
- c)  O bebê começou a comer papinha com 5 meses.
- d)  O bebê começou a comer papinha após 6 meses.

**10)** Na fase de introdução alimentar, como os alimentos eram preparados?

- a)  Alimentos liquidificados desde o início da introdução, sem muita evolução na consistência com o passar do tempo.
- b)  Alimentos passados na peneira desde o início da introdução, sem muita evolução na consistência com o passar do tempo.
- c)  Alimentos bem amassados no início da introdução, evoluindo por volta dos 8 a 9 meses para levemente amassados ou picados e evoluindo para a consistência dos alimentos da família aos 12 meses.
- d)  Não sei responder por não ter sido responsável pela preparação das refeições nessa fase.

**11)** Durante o processo de alimentação complementar, com que frequência você oferecia sucos adoçados, refrigerantes e outras bebidas adoçadas em vez de oferecer água?

- a)  Todos os dias da semana.
- b)  De 3 a 6 vezes na semana.
- c)  De 1 a 2 vezes na semana.
- d)  Nunca.

**12)** Durante o processo de alimentação complementar, considerando os grupos alimentares (grupo 1 - cereais ou tubérculos; grupo 2 - leguminosas; grupo 3 - hortaliças/legumes; grupo 4 - carnes; e grupo 5 - frutas) como era composta a alimentação do seu filho?

- a)  Era composta por 1 grupo alimentar.
- b)  Era composta por 2 grupos alimentares.
- c)  Era composta por 3 a 4 grupos alimentares.
- d)  Era composta pelos 5 grupos alimentares.

**13)** Durante o processo de alimentação complementar, com que frequência seu filho (a) consumia frutas, verduras e legumes?

- a)  Consumia frutas, verduras e legumes 1 a 2 vezes na semana.
- b)  Consumia frutas, verduras e legumes 3 a 4 vezes na semana.
- c)  Consumia frutas, verduras e legumes 5 vezes na semana.
- d)  Consumia frutas, verduras e legumes diariamente.

**14)** Durante o processo de alimentação complementar, com qual idade seu filho (a) começou a consumir açúcar (mascavo, demerara, refinado “branco”), mel e adoçantes?

- a)  Ao completar 6 meses.
- b)  Entre 7 meses e 11 meses.
- c)  Entre 1 ano e 2 anos incompletos.
- d)  Após os 2 anos.

**15)** Durante o processo de alimentação complementar, com que frequência seu filho (a) consumia alimentos ultraprocessados (bolachas recheadas, salgadinhos, enlatados, embutidos, café, frituras, achocolatados):

- a)  Todos os dias da semana.
- b)  De 3 a 6 vezes por semana.
- c)  De 1 a 2 vezes por semana.
- d)  Nunca.

**16)** Atualmente, nas preparações feitas em casa, com que frequência são usados alimentos in natura e minimamente processados (cereais ou tubérculos, leguminosas, hortaliças/legumes, carnes e frutas) no cardápio da criança e sua família/ajudante?

- a)  Nunca são usados alimentos in natura e minimamente processados.
- b)  Quase sempre são usados alimentos in natura e minimamente processados.
- c)  Sempre são usados alimentos in natura e minimamente processados.

**17)** Atualmente, qual a sua percepção sobre o momento da alimentação de seu filho (a)?

- a)  É sempre um momento estressante e desafiante.
- b)  Geralmente é um momento tranquilo, são raros os momentos estressantes e desafiantes.

c)  As refeições são sempre tranquilas e prazerosas, nunca há momentos estressantes e/ou desafiantes.

**18)** Quais são os procedimentos que são feitos na sua cozinha na hora das preparações da alimentação da sua família? (É possível marcar mais de uma opção):

a)  Prévia higienização das mãos.

b)  Limpeza de utensílios e superfícies antes das preparações.

c)  Higienização dos alimentos em água corrente.

d)  Higienização dos alimentos com a utilização de solução clorada destinada a limpeza dos alimentos para eliminar os agentes biológicos.

**19)** Sobre alimentação do seu filho (a) fora de casa, indique abaixo a alternativa que melhor se aplica:

a)  Quase sempre é substituída uma refeição principal (almoço ou jantar) por um lanche não saudável.

b)  Às vezes é substituída uma refeição principal (almoço ou jantar) por um lanche não saudável.

c)  Nunca é substituída uma refeição principal (almoço ou jantar) por um lanche não saudável.

**20)** Em que medida as propagandas de produtos alimentícios que passam na TV influenciam a alimentação do seu filho (a)?

a)  Costumo comprar, sem avaliar a qualidade nutricional, alimentos que meu filho(a) pede em virtude de ter assistido propagandas na TV.

b)  É comum que meu filho(a) peça alimentos que viu em propagandas, porém apenas compro após analisar a qualidade nutricional.

c)  Embora meu filho(a) assista TV e propagandas de alimentos, ele(a) não tem hábito de pedir alimentos que viu em propagandas, não exercendo qualquer influência em sua alimentação.