

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
CURSO DE MEDICINA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**JESSICA PAULA BENITEZ**

**ANÁLISE DO PERFIL ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE LACTENTES  
DO SETOR DA PUERICULTURA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY**

**JOÃO PESSOA**

**2022**

**JESSICA PAULA BENITEZ**

**ANÁLISE DO PERFIL ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE LACTENTES  
DO SETOR DA PUERICULTURA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba.

**Orientador:** Prof. Dr. Marília Denise de Saraiva Barbosa.

**JOÃO PESSOA**

**2022**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

B467a Benítez, Jessica Paula.

Análise do perfil alimentar e estado nutricional de lactentes do setor da puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley / Jessica Paula Benítez.

- João Pessoa, 2022.

35 f. : il.

Orientação: Marília Denise de Saraiva Barbosa.

TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Perfil alimentar. 2. Nutrição. I. Barbosa, Marília Denise de Saraiva. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 613.2(043.2)

JESSICA PAULA BENITEZ

JESSICA PAULA BENITEZ

**ANÁLISE DO PERFIL ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE LACTENTES  
DO SETOR DA PUERICULTURA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Medicina pela Universidade  
Federal da Paraíba.

Aprovado em: 18/05/2022.

**BANCA EXAMINADORA**



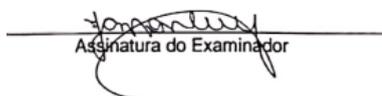
---

Prof. Dr. Marília Denise (Orientador)  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



---

Prof. Me. Eleonora Ramos de Oliveira  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Assinatura do Examinador

---

Prof. Me. Juliana Carneiro Wanderley  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

A todos os que estederam suas mãos, escutaram  
atentamente e abriram seu coração para me ajudar  
nessa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Severino(Biu), coordenador do curso, por me receber de portas abertas na UFPB.

À professora Marília pela dedicação, paciência, orientação e todo o esforço que ela faz para ser orientadora, professora, mãe e excelente profissional. Seu exemplo é inspirador.

A minha família, que mesmo de longe consegue me transmitir o calor do seu amor, apoio e compreensão.

As minhas mães: Maria Eugênia, meu exemplo de fortaleza e profissional imensamente humana; Madelin que sempre me incentivou nos estudos, e me mostrou a beleza do cuidado em todos os sentidos.

Ao Diogo, que sempre me apoia em todas as minhas batalhas, e caminha comigo me propulsando a continuar.

Aos que hoje me olham desde o céu, mas que estão tão presentes no meu coração, quanto eles estiveram na minha criação.

Aos professores e residentes das especialidades, sobretudo pediatras em formação, da UFPB, e também aos trabalhadores do setor da puericultura do HULW, que contribuíram ao longo desses semestres, por meio das disciplinas, debates e com sua prestatividade para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

“Que seu remédiao seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédiao.” *Hipócrates*.

## RESUMO

Em todas as fases da vida a alimentação correta é necessária. No período de zero a dois anos, representa o substrato necessário para o rápido crescimento e desenvolvimento. Portanto, a criação de hábitos alimentares adequados é uma antessala para a nutrição propícia à conservação da saúde. A implementação da alimentação complementar, está intensamente correlacionada com o poder aquisitivo e com a própria educação alimentar familiar. No presente trabalho construiu-se um panorama geral das categorias alimentares mais prevalentes para as condições socioeconômicas descritas, assim como o estado nutricional, mediante aplicação de um questionário no setor da puericultura do HULW. Dentre a população estudada a maioria morava na zona urbana próxima, com condições demográficas e perfil socio-econômico e educacional de acordo com o da região. A maioria das crianças possuía de 6 a 7 meses no momento da consulta, acompanhadas pela mãe. O principal coadjuvante no cuidado dos lactentes foi equilibrado entre marido/companheir/namorado e avó materna. Os alimentos mais consumidos foram frutas e verduras. Dentre as categorias, o consumo de ultraprocessados, teve uma porcentagem significativa. Aconteceu relativamente baixa ingestão de proteínas. A tendência de refeições por dia foi de 4. No geral o estado nutricional das crianças esteve na maior parte das ocasiões dentro do esperado para idade. Tais dados confirmam que as orientações recebidas como parte da educação em saúde, são fundamentais e ven sendo uma influência positiva nas categorias corretas a serem introduzidas como parte de uma alimentação complementar saudável para um perfil nutricional dentro da normalidade. Contudo em alguns casos observamos a presença de fatores de risco para obesidade, desnutrição e hábitos prejudiciais à futura qualidade de vida do lactente. A substituição de frutas in natura por sucos, a não progressão correta da textura alimentar e o desequilíbrio da quantidade de categorias presentes na composição para cada idade. Podendo ser influenciados por algumas variáveis descritas no estudo (papel de gerações passadas (avós), nível educacional materno, a introdução precoce/tardia, amamentação) até chegar na alimentação similar à família de forma idônea, mantendo suporte nutricional adequado. Podemos concluir, que ainda que seja um resultado que reflete o trabalho árduo do serviço, precisamos reforçar as orientações, implementando alternativas práticas que ajudem na forma de repasse e entendimento.

**Palavras-Chave:** perfil alimentar, nutrição, ambiente socioeconômicos, lactentes.

## ABSTRACT

At all stages of life, correct nutrition is necessary. In the period from zero to two years, it represents the necessary substrate for rapid growth and development. Therefore, the creation of adequate eating habits is an anteroom to nutrition conducive to health conservation. The implementation of complementary feeding is intensely correlated with purchasing power and with family food education itself. In the present work, an overview of the most prevalent food categories was constructed for the socio-economic conditions described, as well as nutritional status, through the application of a questionnaire in the childcare sector of the HULW. Among the population studied, the majority lived in the nearby urban area, with demographic conditions and socio-economic and educational profile in line with that of the region. Most children were between 6 and 7 months old at the time of the consultation, accompanied by their mother. The main supporting role in the care of infants was balanced between husband/partner/boyfriend and maternal grandmother. The most consumed foods were fruits and vegetables. Among the categories, the consumption of ultra-processed foods, in a significant percentage, and the relatively low protein intake drew attention. The trend of meals per day was 4. In general, the nutritional status of the children was, in most cases, within the expected range for their age. Such data confirm that the guidelines received as part of health education are fundamental and have a positive influence on the correct categories to be introduced as part of a healthy complementary diet for a nutritional profile within the normal range. However, in some cases, we observed the presence of risk factors for obesity, malnutrition and habits harmful to the infant's future quality of life. The substitution of fresh fruits for juices, the non-correct progression of food texture, the imbalance in the amount of categories present in the composition for each age, until reaching the family menu. They can be influenced by some variables described in the study (role of past generations (grandparents), maternal educational level, early/late introduction, breastfeeding) until reaching a similar diet to the family in a suitable way, maintaining adequate nutritional support. We can conclude that even if it is a result that reflects the hard work of the service, we need to reinforce the guidelines, implementing practical alternatives that help in the form of transfer and understanding.

Keywords: food profile, nutrition, socioeconomic environment, infants.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Idade em meses dos lactentes da amostra..	22
Figura 2 – Quantidade de refeições diárias dos lactentes.	24

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Variáveis categóricas e numéricas independentes. ....	22
QUADRO 2 – Comorbidades crônicas presentes durante a gestação.....	22
QUADRO 3 – Condições socioeconômica dos acompanhantes.....	23
QUADRO 4 – Perfil alimentar dos lactentes. ....	25
QUADRO 5 – Curvas antropométricas de peso e comprimento para a idade.....	25

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

SBP Sociedade Brasileira de Pediatria

IA Introdução alimentar

IMC Índice de Massa Corporal

AME Aleitamento Materno Exclusivo

**R\$** Reais

**%** Porcentagem

## SUMARIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	16
2.1	INTRODUÇÃO ALIMENTAR.....	16
2.2.	ESTADO NUTRICIONAL .....	17
3	METODOLOGIA .....	19
4	RESULTADOS.....	24
5	DISCUSSÃO.....	28
6	CONCLUSÃO .....	32
	REFERÊNCIAS.....	33
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DE HÁBITOS ALIMENTARES .....	36

## 1 INTRODUÇÃO

Em todas as fases da vida a alimentação se faz presente como algo indispensável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009. p.23). No período de zero a dois anos, a crucialidade se deve a esta ser o substrato necessário para a acelerada multiplicação celular que o infante experimenta (HELLE et al., 2017, p.29). Portanto, a criação de hábitos alimentares adequados é uma antessala e um reflexo de uma nutrição propícia a conservação da saúde do indivíduo em desenvolvimento (SCAGLIONI et al., 2018.p32).

No decurso da história, as recomendações sobre as práticas alimentares sofreram diversas modificações condizentes com as descobertas científicas, o contexto histórico, político e social de cada época (ALMEIDA, 1999; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010; CASTILHO; BARROS FILHO; COCETTI, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a orientação nutricional é que desde a primeira papa sejam ofertados tubérculos ou cereais, proteína vegetal ou leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão de bico), proteína animal (carnes, vísceras e ovos), hortaliças (verduras de folhas e legumes). Devem ser temperados com aromatizantes naturais no final do preparo e evitar adição de sal e açúcar (FEWTRELL et al, 2017).

Dessa maneira, observa-se que a implementação da alimentação complementar e posteriormente a criação do padrão alimentar da criança, está intensamente correlacionada com o poder aquisitivo e com a própria educação alimentar familiar, pois eles interferem diretamente na quantidade, qualidade e disponibilidade dos alimentos consumidos por aquele núcleo familiar (SOTERO; CABRAL; SILVA, 2015).

Nessa linha de raciocínio, o Ministério da Saúde (2019) descreve que está havendo uma mudança brusca nos hábitos alimentares da população, no qual as crianças estão sendo expostas cada vez mais cedo a alimentos ultra processados prejudiciais à saúde por apresentar uma alta densidade energética e pouca qualidade nutricional e estão consumindo cada vez menos alimentos naturais e caseiros.

Assim, é importante identificar os hábitos alimentares dos lactentes, visto que são essenciais para compreensão dos aspectos associados à saúde da criança. Em revisão bibliográfica, sobre o perfil nutricional no Nordeste, verificou-se média de desnutrição, sobrepeso e obesidade de 1,9%, 12,5% e 7,4%, respectivamente (NASCIMENTO; RODRIGUES; 2020). O crescimento físico é avaliado como um dos piores indicadores de saúde entre crianças menores de 24 meses, o que eleva a importância da realização de pesquisas nesta região.

A saúde alimentar em etapas precoces da vida reflete na na integridade metabólica futura do indivíduo adulto. Mediante o estudo realizado foi proposto traçar um perfil socioeconômico, alimentar da criança até um ano de vida e analisar o estado nutricional, obtido durante as consultas no serviço de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em João Pessoa- PB, de modo a aprimorar o direcionamento de orientações nas consultas.

Vale ressaltar por fim, que este trabalho foi retirado de uns dos planos de trabalhos pertencente ao projeto de iniciação científica da Universidade Federal da Paraíba, intitulado “Análise dos hábitos alimentares de lactentes em João Pessoa”.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 INTRODUÇÃO ALIMENTAR

Nos dois primeiros anos de vida a criança apresenta acelerado desenvolvimento e crescimento, com significativas evoluções cognitivas, psicomotoras e neurológicas. Um período de grande vulnerabilidade biológica, onde se faz necessário o ênfase para uma prática alimentar adequada (MODESTO; DEVINCENZI; SIGULEM, 2007). O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é um direito humano básico.

É o direito de cada pessoa ter o acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para obter estes alimentos, sem comprometer os recursos para obter outros direitos fundamentais, como saúde e educação. O direito humano à alimentação adequada significa tanto que as pessoas estão livres da fome e da desnutrição MAS TAMBÉM têm acesso a uma alimentação adequada e saudável. (s 6º e 227º, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2010).

Uma alimentação adequada e saudável começa com o aleitamento materno. O AME, como endossado e reconhecido pela SBP entre outros órgãos, deve ter uma duração de até 6 meses. Após, a necessidade de energia e nutrientes do lactente começa a exceder o que é fornecido pelo leite materno, e os alimentos complementares são necessários para atender a essas necessidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p.234). Essa transição é chamada de alimentação complementar. É um processo gradual, no qual o lactente inicia utilizando-se do leite da mãe, e depois passa pelos alimentos amassados ou picados até evoluir para a alimentação da mesma consistência que a família ingere (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. Pag.37).

Se os alimentos complementares não forem introduzidos por volta dos 6 meses de idade, ou se forem dados inadequadamente, o crescimento do bebê pode falhar.

Destarte, Tartaglia et al. (2021) descreve que os aspectos que influenciam nos comportamentos alimentares são diversos e incluem as regulamentações alimentares, os ambientes socioculturais de alimentos e também a publicidade alimentícia. Porém, alguns dos aspectos que mais impactam no futuro alimentar da criança são os hábitos alimentares familiares e as estratégias alimentares aplicadas pela família para introduzir o alimento ao infante (SCAGLIONI et al., 2018).

Victoria, Morris e colaboradores. (2018), manifestam que em casos individuais, pode estar indicada a introdução de alimentos complementares antes dos 6 meses, especialmente quando a criança não está crescendo satisfatoriamente com leite materno exclusivo e/ou apresenta sinais evidentes de fome apesar de ser amamentada frequentemente.

O Guia Alimentar para a População Brasileira classifica os alimentos em quatro

categorias, segundo a extensão e o propósito do seu processamento. Dentre os alimentos ultraprocessados existe um alerta especial para aqueles direcionados as crianças que contém uma série de aditivos, conservantes e fontes altamente calóricas de carboidratos e ácidos graxos saturados prejudiciais ao metabolismo (FULATTI,1997. Pag286).

Na revisão do Guia Alimentar a SBP(2019), reforça e resume a orientação inicial de que, adição de açúcar, além de seu alto teor glicêmico e energético, estimula o paladar mais receptivo ao sabor doce, com interferências nas opções alimentares futuras e riscos advindos do seu consumo inapropriado e excessivo.

A prática alimentar infantil não é definida apenas pelas necessidades biológicas da criança, mas também pela sua interação com o alimento, fatores emocionais, socioeconômicos e culturais de seu meio social e aprendizado e experiências da mãe. O crescimento e o desenvolvimento saudáveis, bem como o sucesso da IA, dependem de muita paciência, afeto e suporte por parte do núcleo familiar (BRASIL, 2002; SALVE; SILVA, 2008; BRASIL, 2009).

## **2.2. ESTADO NUTRICIONAL**

A desnutrição na infância, expressa pelo comprometimento do crescimento linear e/ou ponderal, é ainda um dos principais problemas de saúde enfrentados pelos países em desenvolvimento, quer pela elevada prevalência, quer pela carga de morbidade que se associa a esse evento (OLIVEIRA ET AL., 2007). O Ministério da Saúde (2019) descreve que as mudanças no estilo de vida social e as alterações de hábitos alimentares estão causando uma elevação na prevalência de obesidade e sobrepeso nas crianças e adolescentes.

A desnutrição é responsável por aproximadamente 60% das mortes anuais de crianças menores de cinco anos; e grande parte deste valor se dá por práticas alimentares inapropriadas durante o primeiro ano de vida (GARCIA, GRANADO E CARDOSO,2011). O crescimento infantil deve ser avaliado de forma contínua. Muitas oportunidades resolutivas e preventiva, são desperdiçadas nessa fase devido à imprecisão de avaliações e informações contidas nos instrumentos de acompanhamento a saúde(VICTORA ET AL, 2011, pag 76).

Onis e Victora (2018) destacam que o primeiro ano de vida é mais delicado por influir no estado nutricional da criança durante a vida adulta. Diagnosticar a obesidade precocemente, por exemplo, é essencial para propiciar uma vida adulta saudável.

Segundo Romani e Lira (2004), o retardo estatural constitui, atualmente, a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico do crescimento de crianças no Brasil e no mundo. O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, convive com a transição nutricional, determinada frequentemente pela má-alimentação. Ao mesmo tempo em que se assiste à redução contínua dos casos de desnutrição, são observadas prevalências crescentes de excesso de peso, contribuindo com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis(COUTINHO;GENTIL;TORAL,2008)

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral:**

- Compreender as condições alimentares e o estado nutricional de crianças com até 1 ano de idade atendidas pelo serviço de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley em João Pessoa, Paraíba.

#### **3.2 Específicos:**

- Descrever o perfil socioeconômico e alimentar das crianças acompanhadas pela puericultura do HULW no seu primeiro ano de vida;
- Avaliar o estado nutricional usando as curvas de desenvolvimento (estatura/idade e peso/idade);

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo do tipo transversal e de análise quantitativa.

### **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no ambulatório de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba, cidade de João Pessoa, Paraíba, como parte de um estudo maior com três planos de trabalho, motivado pela participação do PIBIC, tendo como objetivo geral o de analisar e descrever os hábitos alimentares de crianças com até 1 ano de idade atendidas pelo serviço de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley em João Pessoa, Paraíba.

### **4.3 População e amostra**

A população de estudo é referente às crianças com até um ano de idade atendidas no setor de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley. A amostragem foi efetuada de modo não-probabilístico por conveniência.

### **4.4 Critérios de inclusão**

- Crianças acompanhadas no setor de puericultura do HULW, desde o nascimento.
- Crianças com até um ano de idade.
- Crianças cujos pais ou responsáveis legais aceitaram participar da pesquisa, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE A).

### **4.5 Critérios de exclusão**

- Crianças com problemas de saúde que impeçam o curso normal de alimentação indicado pelo Ministério da Saúde.
- Crianças que não compareçam a três ou mais consultas consecutivas de acompanhamento na puericultura.

### **4.6 Instrumento para coleta de dados**

Os dados foram coletados através da realização de uma entrevista, na qual foi aplicado um questionário que se encontra no ANEXO A (Questionário Análise de Hábitos Alimentares). O prontuário médico e a caderneta da criança foram complementares. A partir dessas variáveis foi construído um banco de dados a ser analisado através do software SPSS. Antes do início da coleta de dados foi realizado um pré-teste, no qual houve a aplicação do questionário, para adequar ao entendimento por parte da população e sua praticidade. Foi avaliado o tempo e as dificuldades da sua aplicação tornando-o mais efetivo, rápido e menos cansativo ao paciente.

#### 4.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à revisão pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e em consenso com as exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução CNS 466/2012, sendo aprovado sob número de protocolo 46958921.9.0000.8069.

#### 4.8 Procedimentos para a coleta de dados

O questionário Análise dos Hábitos Alimentares (ANEXO A) foi aplicado nas pacientes que concordarem participar da coleta durante suas consultas para acompanhamento no hospital pelos discentes envolvidos na pesquisa. Foram analisadas as seguintes variáveis:

Variável	Tipo de Variável	Descrição
Número de pessoas que moram em casa .	Categórica.	1 – A – 2 pessoas 2 – B – 3 pessoas 3 – C – 4 pessoas 4 – D – 5 a 10 pessoas 5 – E – 11 ou mais pessoas
Classe social pela renda familiar.	Categórica.	1 – A – Mais de 20 salários-mínimos. 2 – B – De 10 a 20 salários-mínimos. 3 – C – De 4 a 10 salários-mínimos. 4 – D – De 2 a 4 salários-mínimos. 5 – E – Até dois salários-mínimos.
Principal provedor de renda familiar.	Categórica.	1 – Pai. 2 – Mãe. 5 – Avó/avô. 4 – Outro.
Tipo de moradia.	Categórica.	1 – Própria. 2 – Alugada. 3 – Emprestada. 4 – Outra.
Procedência da água.	Categórica.	1 – Poço. 2 – Rede pública. 3 – Não sei. 4 – Outro.
Tipo de saneamento.	Categórica.	1 – Esgoto. 2 – Fossa. 3 – Não sei. 4 – Outro.
Destino do lixo.	Categórica.	1 – Coletado. 2 – Não sei. 3 – Outro.

Idade da mãe .	Numérica.	Idade em anos.
Cor autorreferida.	Catagórica.	1 – Branca. 2 – Preta. 3 – Parda. 4 – Amarela. 5 – Indígena.
Escolaridade.	Catagórica.	1 – Ensino fundamental incompleto. 2 – Ensino fundamental completo. 3 – Ensino médio completo. 4 – Ensino superior completo.
Ocupação.	Catagórica.	1 – Estudante. 2 – Dona de casa. 3 – Trabalho formal. 4 – Trabalho informal.
Horas por dia fora de casa.	Numérica.	Número de horas.
Estado civil.	Catagórica.	1 – Solteira. 2 – Casada. 3 – Separada. 4 – Divorciada. 5 – Viúva.
Abandono dos estudos por conta da gestação.	Catagórica.	1 – Não. 2 – Sim.
Pessoas que ajudam com os cuidados do bebê.	Catagórica.	1 – Mãe e/ou sogra. 2 – Marido/ companheiro/ namorado. 3 – Filho(s) mais velho(s) 4 – Outro familiar ou amigo. 5 – Não recebo ajuda.
Tipo de gravidez.	Catagórica.	1 – Única. 2 – Dupla. 3 – Tripla ou mais.
Onde foi realizado o parto	Catagórica.	1 – HULW 2 – Outra maternidade.
Doença crônica materna.	Catagórica.	1 – Não. 2 – HAS. 3 – DM.  6 – Epilepsia.  5 – Câncer. 6 – Outro.

Local do pré-natal.	Categórica.	1 – PSF. 2 – Maternidade de referência.
Número de consultas pré-natal.	Numérica.	Número de consultas pré-natal na última gestação.
Número de filhos.	Numérica.	Número de filhos.
Intervalo de tempo entre gestações.	Numérica.	Número de anos entre gestações.
Tipo de aleitamento no momento da coleta.	Categórica.	1 – Aleitamento materno exclusivo. 2 – Aleitamento materno predominante. 3 – Aleitamento materno complementado. 4 – Aleitamento materno misto.
Idade gestacional do bebê ao nascer.	Numérica.	Idade em dias de gestação.
Qual a idade da criança.	Numérica.	Idade em meses.
Marcos de desenvolvimento.	Categórica.	1 – Adequados para idade. 2 – Ausência de marcos esperados para idade.
Qual o peso no nascimento.	Numérica.	Peso em gramas
Qual o peso atual.	Numérica.	Peso em gramas
Qual o comprimento no nascimento.	Numérica.	Comprimento em centímetros.
Qual o comprimento atual.	Numérica.	Comprimento em centímetros.
Teve alguma complicação no nascimento.	Categórica.	1 – Sim. 2 – Não.
Precisou ser internada na UTIN/UCIN após o nascimento.	Categórica.	1 – Sim. 2 – Não.

**QUADRO 1.** Lista de variáveis independentes obtidas para descrição dos hábitos alimentares de Lactentes estudados do setor da Puericultura do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY(2021-2022).

Para avaliar o perfil alimentar da criança foi utilizado o ANEXO A, no qual foram realizadas perguntas fechadas e abertas de respostas curtas, reforçando cada aspecto pelo avaliador. Foi explicado à mãe, de forma que as respostas correspondam a um recordatório dos alimentos ingeridos na última semana. Durante a aplicação, foi oferecida ajuda visual naqueles casos considerados necessários, através de fotos dos alimentos ou ingredientes, a fim de

diminuir erros (viés de memória, estimação dos tipos, consistência e temperagem dos alimentos) e obter resultados mais confiáveis (CAVALCANTE; PRIORE; FRANCESCHINI, 2004).

Para a avaliação do estado nutricional, foram considerados os índices comprimento/idade e peso/idade, comparados com o standard de crescimento infantil da OMS (OMS,2016) presentes na caderneta da Criança, preenchidas pelos profissionais do serviço a cada consulta. Os valores do escore Z foram calculados a partir da referência OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), estratificando de acordo com sexo e faixa etária. (BAGNI et al, 2012).

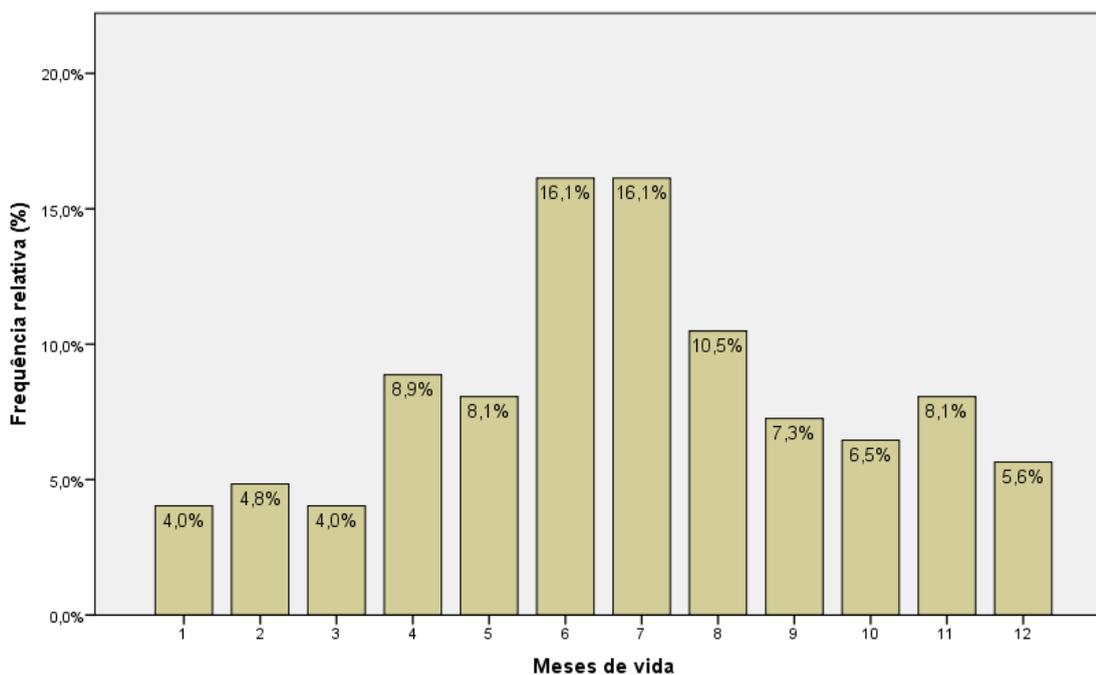
#### **4.8 Análise estatística**

O software Statistical Package for Social Science ® (SPSS) versão 20.0 (IBM, Armonk, USA) foi utilizado na execução da análise de dados. Variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. Média e desvio-padrão foram utilizados como medidas de tendência central das variáveis paramétricas, enquanto mediana e intervalo interquartil foram adotados para descrever variáveis não-paramétricas.

## 5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 124 lactentes, dos quais 56/111 (45,2%) eram do sexo feminino, constando 40/124 (32,2%) crianças com idade entre 6 e 7 meses de vida no momento da consulta (Figura 1). O parto foi realizado no HULW em 115/124 (92,7%) dos casos, sendo 41/124 (33,1%) espontâneos, 80/124 (64,5%) cesáreas e 3/124 (2,4%) induzidos. Quanto ao histórico obstétrico, 5/124 (4,0%) das gestações eram gemelares e 2/124 (1,6%) das crianças tinham algum tipo de malformação. Um total de 24/124 (19,3%) das gestantes apresentavam alguma comorbidade crônica (Tabela 1). Durante a gestação, 31/124 (25,0%) gestantes desenvolveram alguma doença hipertensiva gestacional, 32/124 (25,8%) apresentaram Diabetes Mellitus gestacional e 7/124 (5,6%) foram diagnosticadas com algum tipo de infecção. A mediana do número de consultas de pré-natal foi de 9 (IIQ 3), as parturientes apresentavam mediana de 2 (IIQ 1) filhos e a idade gestacional ao nascer mediana foi de 266 dias (IIQ 14).

**Figura 1.** Idade em meses dos lactentes da amostra coletada no setor da Puericultura do *HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (2021-2022)* (n = 124).



FONTE: autor.

**QUADRO 2.** Comorbidades crônicas presentes durante a gestação das nutrizes (n = 124).

Doença crônica	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Hipertensão Arterial	12	9,7
Asma	3	2,4
Diabetes Mellitus	2	1,6
Obesidade	2	1,6
Epilepsia	1	0,8
Talassemia minor	1	0,8
Febre reumática	1	0,8
Hipertireoidismo	1	0,8
Glaucoma	1	0,8

A maioria das crianças estava acompanhada pela mãe [108/124 (87,1%)]. A mediana de idade dos acompanhantes foi de 29,5 (IIQ 11). As condições socioeconômicas dos entrevistados estão descritas na tabela 2.

**QUADRO 3.** Condições socioeconômicas dos acompanhantes entrevistados no Setor da Puericultura do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY(2021-2022) (n = 124).

Item	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
<b>Principal provedor</b>		
Pai	96	77,4
Mãe	15	12,1
Avô/Avó	7	5,6
Bolsa família	4	3,2
Outro	2	1,6
<b>Moradores da casa</b>		
2 pessoas	4	3,2
3 pessoas	37	29,8
4 pessoas	48	38,7
5 a 10 pessoas	34	27,4
11 ou mais pessoas	1	0,8
<b>Renda familiar</b>		
Até 2 SM	84	67,7
De 2 a 4 SM	33	26,6
De 4 a 10 SM	6	4,8
Mais de 10 SM	1	0,8
<b>Tipo de moradia</b>		
Casa própria	76	61,3
Casa alugada	40	32,3
Casa emprestada	5	4,0
Outro	3	2,4
<b>Procedência da água</b>		
Rede pública	112	90,3
Poço	11	8,9
Outro	1	0,8
<b>Saneamento</b>		
Esgoto	79	63,7
Fossa	39	31,5
Não sei	4	3,2
Inexistente	2	1,6
<b>Destino do lixo</b>		
Coletado	120	96,8
Não coletado	4	3,2

SM = salário-mínimo.

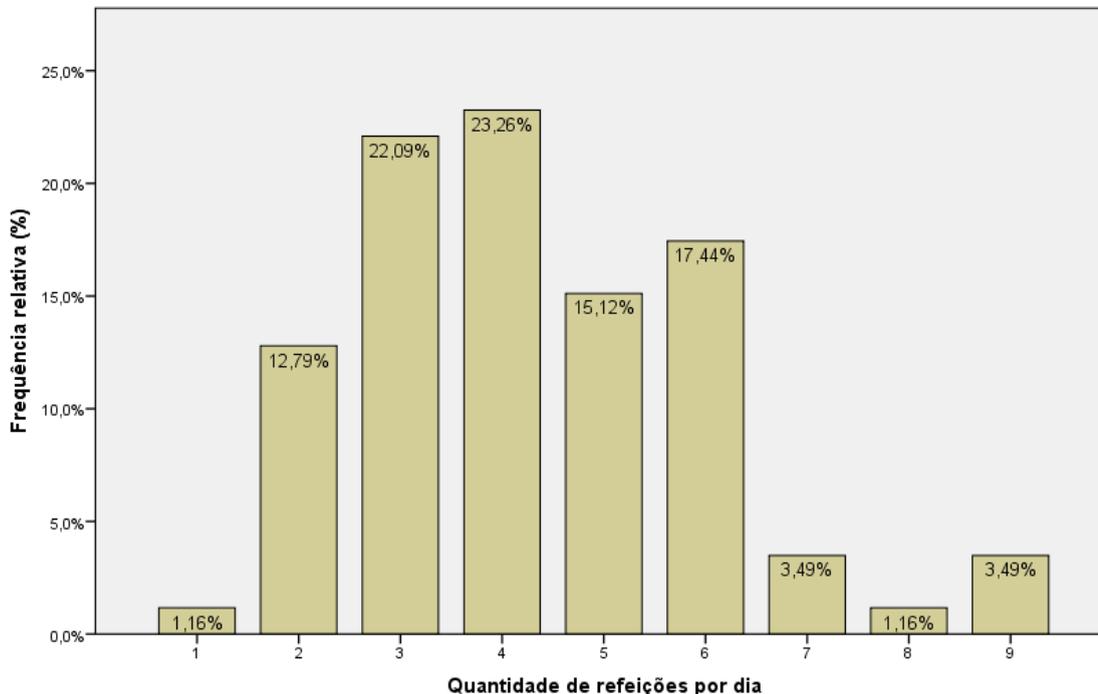
FONTE: autor.

A autodeclaração quando à cor da pele resultou em 80/124 (64,5%) pardos, 23/124 (18,5%) negros, 16/124 (12,9%) brancos e 4/124 (3,2%) amarelos. Quanto à escolaridade, 68/124 (54,8%)

possuíam o ensino médio completo. Um total de 20/124 (16,1%) declarou ter interrompido os estudos por conta da gestação. A ocupação mais frequente foi a de dona/dono de casa [64/124 (51,6%)], seguido de trabalho formal [38/124 (30,6%)]. A média de horas fora de casa foi de  $2,23 \pm 0,33$  horas. A maioria era casado [59/124 (47,6%)] ou em união estável [42/124 (33,9%)]. Os cuidados com o lactente eram compartilhados entre a mãe da criança e seu marido/companheiro/namorado em 39/124 (31,5%), mãe 38/124 (30,6%), sogra 13/124 (10,5%), filhos mais velhos 10/124 (8,1%) e outros ou não contava com ajuda 24/124 (19,3%).

A moda da quantidade de refeições dos lactentes foi de 4 por dia (Figura 2). Quanto à variedade de alimentos oferecidos, 5/88 (5,7%) disponibilizavam uma 1 categoria, 26/88 (29,5%) disponibilizavam 2 a 3 categorias e, por fim, 57/88 (64,8%) disponibilizavam 4 ou mais categorias. Consta na tabela 3 uma descrição completa das categorias de alimentos presentes em cada refeição dos lactentes, segundo os acompanhantes. Adoçar a comida da criança foi presente em 5/78 (6,4%). Em relação ao consumo de frutas, 66/92 (71,7%) consumiam in natura e 16/92 (17,4%) consumiam processado em forma de suco. Já em relação a textura da comida, 14/94 (14,9%) ainda estavam em aleitamento, 60/94 (63,8%) comiam alimentos amassados, 13/94 (13,8%) comiam alimentos liquidificados e 7/94 (7,4%) comiam alimentos em pedaços.

**Figura 2.** Quantidade de refeições diárias dos lactentes realizadas pelos lactentes do setor da Puericultura do *HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY*(2021-2022) (n = 124).



FONTE: autor.

A análise antropométrica de peso e altura para a idade está descrita na tabela 4. Um total de 9/85 (10,6%) apresentaram peso baixo ou muito baixo para idade, enquanto 5/85 (5,9%) apresentaram peso elevado para a idade. Além disso, 14/87 (16,1%) apresentaram baixo ou muito baixo comprimento para a idade.

**QUADRO 4.** Descrição das frequências dos alimentos ofertados aos lactentes do setor da puericultura do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY(2021-2022) (n = 124).

Categorias	Café da manhã	Lanche da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Jantar	Ceia	Alimento preferido	Alimento que não come
Frutas	23,4%	57,3%	0,0%	64,5%	0,0%	1,6%	36,3%	27,4%
Verduras e legumes	0,8%	0,0%	69,4%	0,0%	34,7%	0,0%	14,5%	8,1%
Leguminosas	0,0%	0,0%	61,3%	0,0%	0,8%	0,0%	8,9%	2,4%
Cereais	11,3%	3,2%	63,7%	4,8%	3,2%	4,0%	5,6%	2,4%
Raízes e tubérculos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	41,1%	7,3%	13,7%	5,6%
Proteínas	0,0%	0,0%	46,8%	0,8%	39,5%	7,3%	7,3%	11,3%
Ultraprocessados	11,3%	6,5%	0,0%	15,3%	1,6%	4,0%	5,6%	3,2%
Leite Materno	29,8%	8,9%	0,0%	6,5%	17,7%	43,5%	2,4%	0,0%
Leite de vaca	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,6%	2,4%	0,8%
Fórmula	25,0%	6,5%	0,0%	5,6%	15,3%	21,8%	1,6%	0,0%

FONTE: autor.

**QUADRO 5.** Descrição dos valores das curvas antropométricas de peso (n = 85) e comprimento (n = 87) para a idade obtidas a partir de dados do setor da Puericultura do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY(2021-2022).

Item	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Peso para a idade		
Peso muito baixo para idade	4	4,7
Peso baixo para idade	5	5,9
Peso adequado para idade	71	83,5
Peso elevado para idade	5	5,9
Comprimento para a idade		
Muito baixo comprimento para idade	4	4,6
Baixo comprimento para idade	10	11,5
Comprimento adequado para idade	73	83,9

FONTE: autor.

## 6 DISCUSSÃO

Algumas variáveis se comportaram de forma interessante e serão discutidas a seguir. Como é o caso do pré-natal, que em mais da metade das gestantes teve mais que 6 consultas. A qualidade da orientação durante o pré-natal favorece a adesão ao aleitamento materno e uma correta introdução alimentar (BARBIERI ET AL, 2006, p89.).

Assim como orientações no pré-natal, a paridade pode influenciar na alimentação. Do universo materno participante da pesquisa, mais de 50% tinham tido dois filhos. As primíparas tendem a oferecer alimentos líquidos com maior frequência (SALDIVA et al., 2007, p.13). Em consonância, mães multíparas têm maior probabilidade de oferecer a alimentação complementar aos seus filhos no momento adequado (SHUMEY; DEMISSIE; BERHANE, 2013).

Sobre a amamentação 89% dos infantes participantes, contaram com AME até os 6 meses. A criança amamentada no seio é exposta a diferentes *flavours* voláteis variados presentes na alimentação materna. Isto se relaciona com o aprendizado de sabores e aceitação de diferentes alimentos na época da introdução alimentar, que é melhor em lactentes em aleitamento materno exclusivo (ROBINSON; FALL, 2012).

Em adição, 87,1% dos casos a mãe foi a acompanhante durante a consulta. No estudo, 54,8% das mães, possuíam o ensino médio completo. O maior nível de educação materna, está relacionado com melhor introdução de alimentação complementar (LEE et al., 2013; SHUMEY; DEMISSIE; BERHANE, 2013).

Os cuidados do lactente, eram compartilhados pela nutriz com outros membros da família, chamando atenção para uma porcentagem quase igual para marido/conjuge/companheiro (31 %) e avó materna (30 %). Em estudo realizado por Siqueira, Castilho e Kauara (2014), mostrou-se que as mulheres/nutriz reconhecem que a participação das avós nos cuidados é de suma importância. Por outro lado, as avós trazem consigo conhecimentos permeados por mitos, crenças, valores enraizados e culturalmente aceitos no contexto histórico vivido por elas., que são longe de embasamento científico atual (ANGELO ET. AL, 2016).

Assim como avós, o pai tem um papel primordial na educação alimentar de seus filhos, responsável pela apresentação e exposição de novos alimentos em diversas formas e texturas (MENDONÇA, 2020).

A amostra contou com 70,2% crianças com idade de 6 meses ou mais em alimentação complementar no momento da consulta, sendo compatível com a idade recomendada de início da introdução. Por volta dos seis meses de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção dos nutrientes atingem um nível satisfatório, e a criança vai ser adaptando física e

fisiologicamente para uma alimentação mais variada quanto a consistência e a textura (WHO, 2003).

No entanto 8,1% da amostra analisada possuía 5 meses e tinha começado recentemente a introduzir algum tipo de alimento no momento da aplicação do questionário. A introdução precoce está associada à maior risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno e com menor teor de nutrientes como ferro e zinco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Outro desses prejuízos é revelado em uma revisão de literatura, por Lima, A. et al. (2020), em que alguns estudos mostraram que a introdução alimentar precoce pode resultar em aumento dos níveis de gordura corporal, associando-se com desenvolvimento de obesidade infantil.

No começo da introdução, como forma de auxílio no processo e pela fonte energética importante temos a presença de leite materno. No nosso estudo foram substituídas em todas, a exceção do almoço, sendo mais frequente no café da manhã (29,8%) e ceia (43,5%) (tabela 3). Na idade de seis a doze meses o leite materno pode contribuir com aproximadamente metade da energia requerida nesta faixa etária e 1/3 da energia necessária no período de 12 a 24 meses (GIESTA ET AL., 2019).

Contrário ao leite materno, o consumo de leite de vaca dentro das refeições pôde ser danoso e não apresenta os nutrientes necessários. Na presente amostra, chegou a um total de 3,6% durante o dia. Foi o alimento favorito em 2,4 de cada 100 infantes participantes do estudo. A introdução do leite de vaca na alimentação complementar de lactentes está ocorrendo cada vez mais precocemente (PARADA et al, 2007). Em função dessa prática, apresenta-se como fator de risco independente para desenvolvimento de anemia ferropriva. Para cada mês de uso de leite de vaca há queda de 0,2 g/dl nos níveis de hemoglobina (MOY, 2007).

Sobre as categorias alimentares presentes após início da alimentação: 64,8% se alimentavam de 4 ou mais grupos alimentares. A oferta da alimentação complementar deve incluir os seis grupos alimentares básicos para fornecer uma nutrição completa: grãos, raízes e tubérculos, leguminosas e oleaginosas, produtos lácteos, carnes, ovos, frutas e legumes (WHO, 2008). Dentro dessas categorias, os achados mais significativos sobre consumo de alguns alimentos, serão discutidos nos parágrafos subsequentes.

As frutas estão dentro dos alimentos mais conhecidos como os primeiros a serem ofertados ao bebê seja por recomendação, pelas suas propriedades ou sua relativa facilidade para adequar a textura às possibilidades do lactente. O consumo diário de frutas se fez presente em 71,7% das vezes, oferecida sobretudo in natura; foi o alimento mais referido como o favorito. Diferentemente do encontrado no estudo de Brunken *et al.* onde uma parcela das crianças pesquisadas não ingeria frutas até os 12 meses. A criança aprende a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com frequência e passam a gostar da maneira com que eles foram introduzidos

inicialmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Já sobre outros grupos alimentares. O consumo de verduras, legumes, cereais (principalmente arroz), leguminosas e carnes deve ser de pelo menos 2 vezes ao dia como expressado no Guia Alimentar do Ministério da Saúde (2009). No estudo constatou-se que esses grupos estão presentes em pelo menos 2 vezes. Entretanto, a porcentagem foi menor na segunda refeição que o alimento foi consumido no dia( tabela 3).

Especificamente sobre as proteínas: foram servidas a maioria como parte do cardápio do almoço e jantar, porém, em ambas as ocasiões consumidas por menos da metade dos lactentes. As fontes de vitamina B12 são exclusivamente alimentos de origem animal, principalmente carne bovina, suína, fígado, vísceras e peixes(ENANI-2019). No estudo nacional da alimentação e nutrição infantil de 2019 apontou-se que a prevalência de deficiência de vitamina B12 em crianças menores de 5 anos foi de 11,7% no Nordeste.

Apenas 7,4% das crianças comiam este alimento em pedaços. Em estudo realizado por Marques et al. (2010), foram observados atrasos em introdução de proteínas, e estabelecido um vínculo com as crenças familiares de que a carga proteica muito elevada poderia causar doenças, assim como a textura sólida poderia trazer um risco elevado de acidentes. No Brasil, um quarto das crianças entre 6 e 9 meses ainda não recebem alimentos sólidos/semissólidos, prejudicando assim a adaptação correta destes ao cardápio alimentar no tempo preconizado. A permanência de alimentos liquidificados e a não progressão para dieta sólida, se relaciona; além de causar atraso na adaptação correta ao cardápio alimentar; a um maior número de eventos de regurgitação, engasgo e maior risco de bronco aspiração, (MELO, N. K. L. et al,2021).

Interessantes também foram os achados com relação a hábitos como adoçar o alimento e suas formas de preparo. O ato de adoçar a comida do lactente foi pouco relatado, presente em 6,4% dos casos. Porém, o achado de 45% de consumo de ultraprocessados foi significativo. Dentre estes alimentos o mais relatado foi mingau, rico em açúcar. Um maior consumo de açúcar é relacionado a maiores índices de alergia alimentar, obesidade infantil e desenvolvimento de doenças metabólicas no futuro (EUCLYDES,2005).

Por fim, um achado que mereceria ser discutido é a presença de suco, que foi consumido com frequência no seu diário alimentar por 17,4% dos participantes. Sendo uma conduta contrária as sugestões do Ministério da Saúde e as orientações dadas pelo setor da puericultura. Não devem ser oferecidas refeições de baixa densidade energética, como o caso dos sucos. Devem ser oferecidos alimentos, que a cada dia, forneçam à criança a quantidade de vitaminas e minerais que ela necessita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Apesar de mais de 80% da amostra ter um peso adequado para idade, chama atenção o número de infantes com baixo peso e muito baixo peso, chegando a totalizar 10,6% da amostra. Em estudo realizado por Benigna et al (2011) evidenciou, que apesar do impacto de eventuais cataclismos, a condição socioeconômica, fundamentalmente em área rural é o fator de maior

impacto, perpetuador de quadro de desnutrição crônica.

Contrariamente ao exposto no parágrafo anterior, em 5,9% achou-se sobrepeso. No perfil nutricional do nosso país, existe tendência geral ao sobrepeso, nos primeiros anos de vida. Nos últimos 30 anos, a prevalência da obesidade infantil no Brasil aumentou em todas as regiões brasileiras e classes sociais, atingindo valores que variam entre 5 e 18% (TADDEI ET AL., 2004,p.87). No entanto, entre 1996 e 2006 a prevalência de excesso de peso em crianças menores de 5 anos reduziu discretamente nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste (PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE – PNDS).

Acerca do comprimento, 16% dos lactentes apresentaram baixo ou muito baixo comprimento para idade, sendo um dado interessante. Quando comparado com estudos do mesmo tipo, realizados na mesma macrorregião, a exemplo do conduzido por Torquato et al. (2018), onde 23,4%, entre meninos e meninas, foram classificados com escores de baixo e 3,7% com de elevado comprimento para idade. Ficando assim em valores relativamente semelhantes. Isto pode se dever a fatores, como os apresentados pela casuística de dito estudo: crescimento intrauterino restrito, prematuridade e baixo peso ao nascer, implicando em déficit pondero-estatural, e múltiplos agravos no desenvolvimento a seguir (PESSOA ET AL, 2015).

As limitações do estudo estão sempre presentes, as principais valem a pena ser mencionadas, como o caso da amostragem por conveniência, conferindo alta probabilidade de enviesamento dos resultados, pois não tem muito critério de seletividade do perfil amostral. Trata-se de uma amostra de único local estudado, com características mais urbanas do que rurais da amostra, um estudo multicêntrico e/ou envolvendo outras populações, poderia abranger maior diversidade populacional.

Quanto à frequência consumida dos alimentos pesquisados, não foram analisados em termos quantitativos, apenas qualitativos, verificando-se o número de vezes que o alimento estava presente no cardápio durante o dia. Não foi analisada a carga calórica de ditos alimentos, as porções consumidas, podendo ser avaliadas com ferramentas visuais que exemplificassem as porções. Não foi aproveitada a variável de IMC para idade, que corresponde ao dado que melhor representa o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento, sendo considerado o índice mais sensível para aferir a qualidade de vida da população infantil.

Não foi colocada a frequência da participação nas consultas na puericultura, estreitamente relacionado com a frequência e antecedência na orientação sobre alimentação pelo profissional da saúde, agravado intensamente após conjuntura pandêmica (2021-2022). Poderia ter se realizado a distribuição das idades e sexo em cada um dos dados antropométricos; assim como ter analisado os dados do peso ao nascer, tendo em vista que crianças com baixo peso e comprimento ao nascer podem perpetuar curvas abaixo do esperado.

Por fim, as perguntas não respondidas, seja por erro do entrevistador ou falha tecnológica dos aparelhos usados, deixou-se uma parte dos dados sem registrar.

## 5 CONCLUSÃO

Para concluir, podemos caracterizar a população participante do estudo majoritariamente urbana, com uma média salarial relativamente baixa, tendo em vista que a maioria das famílias possuem pelo menos 4 membros. A literatura descreve que os grupos com características sociodemográficas semelhantes, tendem a introduzir alimentos pobres em nutrientes e prejudiciais ao metabolismo. De suma importância o reforçamento da necessidade de que toda criança seja acompanhada pelo seu pediatra. Aquelas que manifestam dificuldades socioeconômicas, alimentares e nutricionais devem receber orientações direcionadas que impliquem na sua segurança.

Muitos foram acompanhados pela mãe, que possuía um nível educacional favorável ao entendimento das informações sobre perfil alimentar adequado. Os principais coadjuvantes nos cuidados foram igualmente divididos pelo pai/companheiro/namorado e avó materna. Conhece-se a influência geracional, cultural e permeada de mitos das avós, que se relaciona com decisões que comprometem o conteúdo idôneo da dieta dos lactentes. A maioria da amostra tinha entre 6 e 7 meses, tendo iniciado alimentos, apesar de um grupo relativamente pequeno de mães que tinham começado a oferecer alimentos a crianças de 5 meses. Isto traz um risco elevado de obesidade, carências nutricionais e pode comprometer a futura saúde.

Perante o exposto, tendo em vista os resultados, as condições alimentares dos lactentes de entre 6 e 12 meses de idade atendidos pelo serviço de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, são em geral satisfatórias. São oferecidas todas as categorias contidas no guia alimentar do Ministério da Saúde. Mesmo assim existem hábitos nocivos, como oferecimento de alimentos ultraprocessados, com carga calórica excessiva, ricos em carboidratos. Devem ser reforçadas orientações enquanto ao teor de açúcar, e a diferença entre o ato de adoçar e a presença de altas fontes de açúcar em alimentos. Mesmo com alerta sobre os riscos e desfechos negativos do seu uso, existe consumo de leite de vaca em pacientes, ainda que seja uma porcentagem pequena da amostra. Existe, ainda que em poucas ocasiões, o oferecimento de sucos, substituindo a fruta in natura. Assim aconteceu com a textura dos alimentos oferecidos, que deve ir progredindo até chegar em semissólidos/sólidos, de acordo com o Ministério da Saúde, apesar disto, ainda há uma porcentagem de pacientes, que comem alimentos liquidificados.

Por último, a maioria das crianças se mostrou com peso e estaturas adequados para idade. Uma pequena parcela destas, tinha um peso abaixo do esperado para idade, podendo ter relação com Estudos anteriores realizados no estado da PB, revelam resultados similares e associam fatores como baixo nível econômico e educacional.

## REFERÊNCIAS

- ANGELO BHB, PONTES CM, LEAL LP, GOMES MS, SILVA TA, VASCONCELOS MGL. **Práticas de apoio das avós à amamentação: revisão integrativa.** Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2016 Dec 2];15(2):161-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0161.pdf>.
- BAGNI, U. V.; LUIZ, R. R.; VEIGA, G. V. da. **Distorções no diagnóstico nutricional de crianças relacionadas ao uso de múltiplas curvas de crescimento em um país em desenvolvimento.** Rev. paul. pediatri., São Paulo , v. 30, n. 4, p. 544-552, Dec. 2012.
- BATISTA FERREIRA, NATHÁLIA, **Evolução da distribuição dos casais brasileiros de acordo com a geração da renda familiar por gênero,** 2015. Disponível em : <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2222/2177>.
- BENIGNA, Andreia, SOUSA, Carolina et al, **Perfil epidemiológico do estado nutricional de crianças assistidas em creches no Estado da Paraíba,** Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr, 2011.
- CAVALCANTE, A. A. M.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. do C. C. **Estudos de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e o seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2004, vol.4, n.3, pp.229-240. ISSN 1806-9304.
- COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. **A desnutrição no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição.** Cad. saúde pública, v. 24, p. S332-S340, 2008. Suplemento.
- GARCIA MT, GRANADO FS, CARDOSO MA. **Complementary feeding and nutritional status of 6-24-month-old children in Acrelândia, Acre State, Western Brazilian Amazon.** Cad Saúde Pública. 2011 Feb; 27(2):305-16.
- GIESTA, J. M. ET AL. **Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 24, nº 7, p. 2387-2397. Porto Alegre - RS, 2019.
- HELLE, Christine et al. **Early food for future health: a randomized controlled trial evaluating the effect of an ehealth intervention aiming to promote healthy food habits from early childhood.** BMC Public Health, [S.L.], v. 17, n. 1, 20 set. 2017.
- LIMA, A. T. A. et al. **Influência da introdução alimentar precoce para o desenvolvimento da obesidade infantil: uma revisão de literatura.** Revista Research, Society and Development, vol. 9, nº 8. Ceará (BR), 2020.
- LÓPEZ, A.M.; Martínez Suárez, V.; Dalmau Serra, J.; Martínez Gómez, M.J.; Peña-Quintana, L.; Varea Calderón, V. **Nutritional problems perceived by pediatricians in Spanish children younger than 3 years.** Nutr. Hosp. 2012, 27, 2028–2047.
- MARQUES, R. D. F. D S. V., SARNI, R. O. S., SANTOS F. P. C, PIMENTEL, D. , M. **Práticas inadequadas da alimentação complementar em lactentes, residentes em Belém-Pará,** UEPA, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n2/a3675.pdf>.
- MELO, N. K. L. et al. **Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil.** Revista Distúrbios da Comunicação, vol. 33, nº 1, p. 14-24. São Paulo - SP, 2021.

MENDONÇA, M. B. D. M. **Determinantes do comportamento alimentar infantil: o papel dos pais, dos pares e dos media. Revisão Temática**, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto. Porto (PT), 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos. Brasília**, série A, Normas e Manuais Técnicos, 2ª edição. -DF, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, nº23, 2ª edição. Brasília - DF, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA/CENEP. **Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)**. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.

MOY, RJ. **Prevalence, consequences and prevention of childhood nutritional iron deficiency: a child public health perspective**. Clin Lab Haematol Oxford, out. 2006, v. 28, n. 5, p. 291-298.

NASCIMENTO, M. de M.; RODRIGUES, M. de S. **Estado nutricional de crianças e adolescentes residentes na região nordeste do Brasil: uma revisão de literatura**. Revista de Medicina, [S. l.], v. 99, n. 2, p. 182-188, 2020.

ONIS, M.; ONYANGO, A. W.; Van den BROECK, J.; CHUMLEA, W. C.; MARTORELL, R. **Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference**. Food Nutr Bull., v. 25, n. 1, p. S15-S27, 2004. Suplemento 1.

PARADA, CMGL; CARVALHAES, MABJ; JAMAS, MT. **Complementary feeding practices to children during their first year of life**. Rev Latinoam Enfermagem Ribeirão Preto, mar/abr. 2007, v. 15, n. 2, p. 282–289.

PERBONI ADAMS, ALINE RAQUEL. VAUCHER, RODRIGO. **A Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho no Brasil**, 2013. Disponível em: <http://www.fag.edu.br>.

PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva et al, **Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 10, p. 3341–3352, 2017.

PESSOA TAO, MARTINS CBG, LIMA FCA, GAÍVA MAM. **O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer**. Av Enferm. 2015; 33(3):401-11. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.44425>

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. de. **Fatores determinantes do crescimento infantil**. Rev. bras. saúde mater. infant., v. 4, n. 1, p.15-23, 2004.

SALVE, J. M.; SILVA, I. A. **Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, n. 1, p. 43-8, 2009  
SCAGLIONI, Silvia et al. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. Nutrients, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 706, 31 maio 2018.

SILVA, PRISCILA PALMA DA ET AL. **A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno**. Rev. paul. pediatr. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 306-313, Sept. 2012. Available from <[http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822012000300002&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000300002&lng=en&nrm=iso)>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP), **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Departamento

de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Associação Médica Brasileira. Posição da Sociedade Brasileira de Pediatria diante do Guia de Alimentação do Ministério da Saúde.** Rio de Janeiro, 2019. 8 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Departamento de Nutrologia. **Manual de Alimentação: orientações para 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: SBP, 2018.172 p.458.

SOTERO, Andréa Marques; CABRAL, Poliana Coelho; SILVA, PONTE, Giselia Alves da. **Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes.** Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 445-452, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

TADDEI JA, COLUGNATI FA, RODRIGUES EM. **Transição nutricional em menores de cinco anos: evidências dos inquéritos antropométricos brasileiros.** Tópicos em nutrição pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2004. p.11-43.

UNICEF. **Infant and young child feeding** - UNICEF DATA, disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#:~:text=Adopting%20optimal%20feeding%20practices%20is,increase%20their%20chances%20of%20survival>. Acesso em: 5 May 2021.

VICTORA CG, MORRIS SS, BARROS FC, DE ONIS M, YIP R. **The NCHS reference and the growth of breast and bottle-fed infants.** J Nutr 2018;128:1134-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.** Geneva: Who Library, 2009. 112 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO child growth standards - methods and development: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age.** Geneva; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6 - 8 November 2007.** Washington, D. C., p.1-3. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** WHO Technical Report Series no 854. Geneva: World Health Organization; 2017.

## ANEXO A – FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE HÁBITOS ALIMENTARES

1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA:
  - 1.1 Qual o número de pessoas que mora na sua casa (incluindo você e seu filho)?  
\_\_\_\_\_
  - 1.2 Qual o principal provedor da renda da família (quem sustenta a família)?  
\_\_\_\_\_
  - 1.3 Qual a sua renda familiar (em salários-mínimos)? \_\_\_\_\_
  - 1.4 Sua moradia é: \_\_\_\_\_
  - 1.5 Procedência da água: \_\_\_\_\_
  - 1.6 Tipo de saneamento: \_\_\_\_\_
  - 1.7 Destino do lixo: \_\_\_\_\_
2. CARATERIZAÇÃO DA MÃE/RESPONSÁVEL E DA GESTAÇÃO:
  - 2.1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
  - 2.2. Você se entende como? \_\_\_\_\_
  - 2.3. Qual sua escolaridade? \_\_\_\_\_
  - 2.4. Qual a sua ocupação? \_\_\_\_\_
  - 2.5. Quantas horas por dia você passa fora de casa? \_\_\_\_\_
  - 2.6. Qual seu estado civil? \_\_\_\_\_
  - 2.7. Você interrompeu seus estudos por conta da gestação? \_\_Sim\_\_ Não
  - 2.8. Quem te ajuda nos cuidados com o bebê? \_\_\_\_\_
  - 2.9. Qual o tipo de gravidez? \_\_única\_\_ Dupla\_\_ Tripla ou mais
  - 2.10 Qual o tipo de parto? \_\_\_\_\_
  - 2.11 Onde foi realizado o parto? \_\_\_\_\_
  - 2.12 Possui alguma doença crônica? \_\_\_\_\_
  - 2.13 Onde foi realizado o pré-natal? \_\_Maternidade de referência\_\_ PSF
  - 2.14 Houve alguma complicação na gestação? \_\_\_\_\_
  - 2.15 Quantas consultas pré-natal foram realizadas? \_\_\_\_\_
  - 2.16 Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_
  - 2.17 Qual o intervalo de tempo entre as gestações? \_\_\_\_\_
3. QUESTÕES GERAIS SOBRE A CRIANÇA:
  - 3.1 Qual a idade gestacional do bebê ao nascer? \_\_\_\_\_
  - 3.2 Qual a idade da criança? \_\_\_\_\_
  - 3.3 Marcos de desenvolvimento: \_\_Marcos adequados para a idade\_\_ Ausência de marcos para a idade esperada
  - 3.4 Qual o peso no nascimento? \_\_\_\_\_
  - 3.5 Qual o peso atual? (Colocar com quantos meses foi pesado) \_\_\_\_\_
  - 3.6 Qual o percentil de peso atual? (caderneta) \_\_\_\_\_
  - 3.7 Qual o comprimento no nascimento? \_\_\_\_\_
  - 3.8 Qual o comprimento atual? (Colocar com quantos meses foi medido) \_\_\_\_\_
  - 3.9 Qual o percentil de comprimento? (caderneta) \_\_\_\_\_

3.10 Teve alguma complicação no nascimento? \_\_Não\_\_Sim

3.11 Precisou ser internada na UTIN/UCIN após o nascimento? \_\_Não\_\_Sim

#### 4. ALIMENTAÇÃO E PERFIL ALIMENTAR

4.1 Como deve ser temperado o alimento para a criança \_\_\_\_\_

4.2 Você adoça a comida da sua criança? \_\_\_\_\_

4.3 Qual o primeiro alimento fornecido na fase de transição? \_\_\_\_\_

4.4 Quantas refeições por dia o bebê faz? \_\_\_\_\_

4.5 Tipos de alimentos oferecidos \_\_\_\_\_

4.6 O que a criança come no café da manhã? \_\_\_\_\_

\_\_Leite materno\_\_Fórmula\_\_Biscoitos/bolacha\_\_Papinha/mingau\_\_Fruta\_\_Suco\_\_outro

4.7 O que a criança come no lanche da manhã? \_\_\_\_\_

\_\_Leite materno\_\_Fórmula\_\_Biscoitos/bolacha \_\_Papinha/mingau\_\_Fruta\_\_Suco\_\_Outro

4.8 O que a criança come no almoço? \_\_\_\_\_

\_\_Grãos, legumes e proteína animal amassados manualmente

\_\_Grãos e legumes amassados manualmente

\_\_Grãos, legumes e proteína animal batidos no liquidificador

\_\_Grãos e legumes batidos no liquidificador

\_\_Grãos, legumes e proteína animal

\_\_Outro

4.9 O que a criança come no lanche da tarde?

\_\_Leite materno\_\_Fórmula\_\_Biscoitos/bolacha \_\_Papinha/mingau\_\_Fruta\_\_Suco\_\_Outro

4.10 O que a criança come no jantar?

\_\_Leite materno \_\_Fórmula \_\_Sopa \_\_Tubérculos \_\_Tubérculos com proteína animal

\_\_Legumes\_\_Legumes com proteína animal\_\_Outro

4.11 O que a criança come na ceia?

\_\_Leite materno\_\_Fórmula\_\_Biscoitos/bolacha \_\_Papinha/mingau\_\_Fruta\_\_Suco\_\_Outro

4.12 Qual o alimento preferido da criança?

4.13 Quais alimentos a criança não come?