

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA E GENÉTICA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

JOANA ROSA URBANO SOUSA COSTA

**CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO ALIMENTAR
DE LACTENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY**

JOÃO PESSOA

2022

JOANA ROSA URBANO SOUSA COSTA

**CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO ALIMENTAR
DE LACTENTES ATENDIDOS NO 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.

Orientadora: Prof. Dr. Marília Denise de Saraiva Barbosa.

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C838c Costa, Joana Rosa Urbano Sousa.

Conhecimento dos pais sobre o processo de transição alimentar de lactentes atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley / Joana Rosa Urbano Sousa Costa. - João Pessoa, 2022.

39 f.

Orientação: Marília Denise de Saraiva Barbosa.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Cuidado da criança.
3. Nutrição da criança. 4. Pediatria. I. Barbosa, Marília Denise de Saraiva. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 616-053.2(043.2)

JOANA ROSA URBANO SOUSA COSTA

CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO ALIMENTAR DE
LACTENTES ATENDIDOS NO 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.

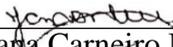
BANCA EXAMINADORA



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



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



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

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pelo dom da vida e por ter me conduzido até aqui.

À minha mãe, Maria Luciene Urbano de Barros e ao meu pai João Batista Sousa Costa, que sempre me incentivaram nos estudos e que são minhas maiores inspirações na trajetória acadêmica, por suas conquistas e pelo esforço dedicados por ambos à educação brasileira.

À minha avó Joana Urbano de Barros e meu avô Francisco Urbano de Barros, exemplos de força e determinação e que sei que são os que estão mais ansiosos por essa formatura.

À minha irmã, Maria Laura Urbano Sousa Costa e meus irmãos Alexandre Santos Sousa e Diego Santos Sousa (*in memoriam*), por sempre me apoiarem.

Ao Prof. Dr. Estácio Amaro da Silva Júnior, coordenador do curso, por seu empenho.

À toda equipe do serviço de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, por apoiar e auxiliar na aplicação da pesquisa.

À prof. Dra. Marília Denise Saraiva Barbosa, pelos conselhos e ensinamentos, pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação aos seus alunos e aos seus pacientes. O carinho e amor que ela possui pela pediatria é algo lindo de se ver, e é fonte de inspiração acadêmica e profissional.

Aos amigos do grupo do internato pelos momentos de amizade e apoio, sem vocês a jornada não teria sido tão divertida e eu certamente não teria conseguido chegar até aqui.

“Não vivemos para comer, mas comemos para viver.” (Sócrates)

RESUMO

O processo de introdução alimentar é importante para o estabelecimento de padrões alimentares de longo prazo. Saber como ocorre esse processo e o que o influencia são elementos importantes para promover um crescimento saudável. O objetivo da pesquisa foi caracterizar o conhecimento dos pais e cuidadores sobre a introdução alimentar de crianças com até um ano de idade atendidas por um serviço de Puericultura da Paraíba (PB). Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo do tipo transversal e de análise quantitativa. A amostra foi não-probabilística por conveniência. A população do estudo foram crianças com até um ano de idade atendidas no serviço do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Os dados foram adquiridos através de formulário aplicado aos pais na plataforma Google Forms. A amostra foi composta por 124 lactentes. A maioria das crianças estava acompanhada pela mãe (87,1%) e o pai foi o principal provedor da família. 46% não realizou aleitamento materno exclusivo por pelo menos 6 meses. Já a percepção dos entrevistados sobre quais alimentos podem ser incluídos no cardápio da criança foi, no geral, aceitável, principalmente em relação à ingestão de açúcar, sal e legumes. Os entrevistados sabem que devem usar temperos naturais e evitar sal, mas preferem o preparo separado da comida da família. Em conclusão, o conhecimento dos pais e cuidadores dos pacientes acompanhados na puericultura do serviço analisado é em geral satisfatória. Porém, nota-se que a adequação às diretrizes em relação aos alimentos a serem oferecidos às crianças é variável de acordo com a categoria analisada. Em relação às principais dificuldades encontradas para a correta realização da introdução alimentar do lactente, observa-se a não aceitação da criança aos alimentos oferecidos.

Palavras-Chave: Cuidado da criança. Nutrição da criança. Desenvolvimento infantil. Pediatria.

ABSTRACT

The complementary feeding introduction process is important for establishing long-term eating patterns. Knowing how this process happens and what influences it are important elements to promote healthy growth. This study aimed to describe the knowledge of parents and caregivers about the introduction of complementary feeding of children up to one year of age attended by a childcare service in Paraíba (PB). This is an observational, descriptive cross-sectional study with quantitative analysis. The study population refers to children up to one year of age treated at this childcare service. A non-probabilistic convenience sampling was performed. Data were acquired through a questionnaire applied to parents on the Google Forms platform. The sample consisted of 124 infants, most of the children were accompanied by their mother (87.1%) and the father was the main breadwinner of the family. 46% had not been exclusively breastfed for at least 6 months. The perception of the interviewees about which foods can be included in the child's menu was, in general, acceptable, especially in relation to the intake of sugar, salt and vegetables. Interviewees know that they should use natural seasonings and avoid salt, but they prefer to prepare it separately from the family's food. In conclusion, the knowledge of parents and caregivers of patients followed up in the analysed childcare service is generally satisfactory. However, it is noted that the adequacy to the guidelines in relation to the foods to be offered to children varies according to the analysed category. Regarding the main difficulties encountered for the correct performance of the infant's food introduction, it is observed that the child does not accept the food offered.

Keywords: Child care. Child nutrition. Child development. Paediatrics.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3	OBJETIVOS.....	15
4	METODOLOGIA.....	16
4.1	Tipo de pesquisa.....	16
4.2	Local da pesquisa.....	16
4.3	População e amostra.....	16
4.4	Critérios de inclusão.....	16
4.5	Critérios de exclusão.....	16
4.6	Aspectos éticos.....	16
4.7	Recrutamento dos participantes.....	17
4.8	Instrumento para coleta de dados.....	17
4.9	Análise dos resultados.....	21
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO	27
7	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS	31
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO... ..	33
	APÊNDICE B – TCLE	39

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros 2 anos de vida são um período essencial para que o bebê e a criança em desenvolvimento aprendam a aceitar alimentos e bebidas saudáveis e estabeleçam padrões alimentares de longo prazo que promovam um crescimento saudável (LUTTER; GRUMMER-STRAWN; ROGERS, 2021). Saber como ocorre esse processo é algo importante para gerar intervenções factíveis e que possam impactar positivamente no processo de crescimento e desenvolvimento saudável do infante. Nesse período, a criança alcança uma elevação no peso e altura, associada à conquista de novas habilidades e competências, como de sustentação do pescoço, sentar, pegar objetos, engatinhar, entre outros, incluindo a habilidade de mastigação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Dessa maneira, por volta dos 6 meses de idade, 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). Essa transição é chamada de alimentação complementar e não deve ser realizada antes dos 6 meses de vida da criança. 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).

Porém, observa-se que no Brasil, 66% das crianças menores de seis meses já foram submetidas a outros tipos de leite, bem como preparados contendo açúcar e farinha associados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Ademais, nota-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 estes 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.

Há também outros fatores que influenciam essa variação de padrões alimentares populacionais e são eles as modificações do mercado publicitário, no qual estão cada vez mais criando mídias e propagandas para o público infantil, além de fatores como a globalização e o estilo de vida acelerado das grandes metrópoles associada à inserção das mulheres cada vez

maior no mercado de trabalho (SOTERO; CABRAL; SILVA, 2015). Assim, é importante identificar os hábitos alimentares dos lactentes, visto que são essenciais para compreensão dos aspectos associados à saúde da criança.

A presente pesquisa faz parte de um projeto de Iniciação Científica da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) intitulado “Análise dos hábitos alimentares de lactentes em João Pessoa – PB”, sendo um dos planos de trabalho do projeto.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Sobre isso, Lutter, Grummer-Strawn e Rogers (2021) expõem que esses dois primeiros anos de vida do infante também são o período de pico para o risco de atraso no crescimento, deficiências de micronutrientes e doenças comuns da infância, como diarreia e infecções respiratórias. As consequências imediatas da desnutrição durante esses anos de formação incluem morbidade e mortalidade significativas, atraso no desenvolvimento motor e risco posterior de doenças não transmissíveis (UNICEF, 2021)

Dessa maneira, o Ministério da Saúde criou o “Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos”, no qual ele orienta como deve ser realizada a introdução da alimentação complementar para os lactentes, além de direcionar os cuidados adequados para a realização deste processo, dando instruções de como lidar com as adversidades inerentes desta fase da vida do bebê. Ademais, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) produziu o “Manual de Alimentação: da infância à adolescência” que corrobora com o guia do Ministério da Saúde, além de orientar como deve ser o acompanhamento com o pediatra em relação a essa temática.

Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) expõe que a partir dos seis meses a alimentação da criança é um momento de aprendizado para toda a família, no qual todos os seus integrantes devem cuidar da alimentação do infante. Os sinais de fome e saciedade infantil devem ser respeitados, deve haver interação com a criança durante a refeição e deve ser evitado o uso de aparelhos eletrônicos nesse período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Nessa linha de raciocínio, o MS (2019) orienta ainda que a amamentação deve ser estimulada a ser continuada, sempre que possível, e a partir do momento de introdução alimentar a criança deve começar a ingerir água. De acordo com D’Auria *et al.* (2020) o aleitamento materno pode estar relacionado à maior variedade da dieta, pois a exposição precoce a uma variedade de sabores através do leite materno pode estimular a aceitação de diferentes sabores introduzidos com alimentos sólidos. Ao contrário, o consumo excessivo de fórmula infantil após os 12 meses de vida pode retardar ou reduzir a introdução de alimentos complementares, limitando a variedade de alimentos consumidos pela criança (BYRNE *et al.*, 2018).

Segundo a SBP (2018) a recomendação é de iniciar a transição alimentar com frutas in natura, amassadas manualmente, raspadas ou picadas e com papa de misturas múltiplas feita manualmente a serem ofertadas nos horários de refeição da família de almoço ou janta. 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).

Já em relação ao tempo de refeição o MS (2019) não expõe um tempo médio fixo, porém descreve que a criança pode parar de comer por um tempo para relaxar ou por se distrair com o ambiente e depois voltar a se alimentar, o que pode acabar influenciando no tempo médio encontrado na pesquisa. As diretrizes do MS (2019) apresentam que é primordial o uso das mãos para a criação de habilidades importantes para a criança. Assim, eles recomendam permitir que o infante as use para se alimentar, além de sentir as diversas texturas dos alimentos. Ademais, não se recomenda a utilização de telas pela criança enquanto ela se alimenta, pois pode ocasionar falta de entusiasmo pela comida, o que pode gerar agravos futuros, como a privação dos métodos de controle de fome e ansiedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Todavia, Lutter, Grummer-Strawn e Rogers (2021) observam que em todo o mundo, bebês e crianças pequenas estão consumindo quantidades crescentes de alimentos não saudáveis preparados comercialmente, cheios de açúcares adicionados, gorduras trans, sal e carboidratos refinados. Além de aumentar os riscos de resultados adversos à saúde associados ao consumo dos nutrientes não saudáveis que esses alimentos contêm, eles também substituem a ingestão de alimentos saudáveis que contêm vitaminas e minerais essenciais (LUTTER; GRUMMER-STRAWN; ROGERS, 2021).

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. Nesse contexto, as modificações do mercado publicitário estão cada vez mais criando mídias e propagandas para o público infantil, além de fatores como a globalização e o estilo de vida acelerado das grandes metrópoles associada a inserção cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho (SOTERO; CABRAL; SILVA, 2015). 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).

Nessa perspectiva, Daniels (2019) apresenta que a figura familiar do pai e da mãe desempenha uma função primordial na promoção do comportamento alimentar saudável da sua prole, influenciando tanto no padrão alimentar a longo prazo quanto nas consequências de saúde dessa criança no futuro. Assim, os comportamentos alimentares estabelecidos na infância

persistem, com a consequência de uma dieta sem variações e aumento do risco de obesidade (FINNANE et al., 2017).

Associado a isso, Helle *et al.* (2017) considera que o ambiente no qual é realizada a alimentação precoce é substancial para a instalação de hábitos alimentares que podem influenciar o desenvolvimento de peso e o crescimento saudável a longo prazo. Dessa maneira, os pais atualmente estão criando seus filhos em um ambiente obesogênico caracterizado por alto acesso a alimentos não essenciais e com uma elevada densidade energética e esse rápido ganho de peso precoce durante os primeiros 2 anos está intimamente relacionada à adiposidade no final da infância e adolescência (HELLE *et al.*, 2017).

No Brasil, de acordo com as modificações nos perfis demográfico e epidemiológico populacional, notou-se a diminuição da prevalência de desnutrição e a ocorrência significativa de sobrepeso e obesidade, o que ocasionou o aumento da chamada transição nutricional (PEREIRA *et al.*, 2017). Em estudo epidemiológico para avaliar perfil alimentar e estado nutricional realizado por Sousa *et al* (2011) nas creches do estado da Paraíba, a população estudada apresentou uma alta prevalência de má nutrição, sendo o déficit linear e o sobrepeso/obesidade os mais prevalentes. A distribuição das crianças por sexo evidenciou uma maior proporção de déficit de peso entre as meninas quando comparado com os meninos. O contrário aconteceu para o sobrepeso/obesidade e para o déficit de estatura que resultou em maiores prevalências no sexo masculino. Com relação à faixa etária, observou-se que a deficiência na estatura e o sobrepeso/obesidade ocorreram com maior frequência em crianças cujas idades variaram entre 13-36 meses para o caso da estatura e entre 6-12 meses para o sobrepeso/obesidade.

Outrossim, as refeições são culturais e eventos sociais durante os quais as crianças observam, imitam, aprendem sobre alimentos de que gostam ou não, e formam hábitos e práticas alimentares ao longo da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). As refeições também são o momento que o infante aprende a tocar a comida e a relacionar o gosto com a aparência e a sensação dos alimentos. Com a alimentação infantil se almeja a promoção da autonomia da criança, mas também pode ser usada para gerenciar problemas de comportamento ou satisfazer excessivamente uma criança, resultando em consequências de longo prazo para a nutrição e a saúde (LUTTER; GRUMMER-STRAWN; ROGERS, 2021).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Identificar os conhecimentos dos pais e cuidadores sobre a introdução alimentar de crianças com até 1 ano de idade atendidas pelo serviço de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley em João Pessoa, Paraíba.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os problemas e dificuldades percebidos pelos pais para a realização da introdução alimentar a partir dos 6 meses de vida da criança;
- Conhecer as características socioeconômicas e demográficas da população assistida por esse serviço de puericultura.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo do tipo transversal e de análise quantitativa. O estudo foi derivado de uma pesquisa do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), intitulada “Análise dos hábitos alimentares de lactentes em João Pessoa – PB”.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no ambulatório de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da UFPB, cidade de 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 HULW. Foi efetuada uma amostragem não probabilística por conveniência. A coleta dos dados ocorreu de 01 de setembro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022.

4.4 Critérios de inclusão

- Crianças com até um ano de idade, acompanhadas no setor de puericultura do HULW desde o nascimento, cujo pai/mãe ou responsável legal aceitou 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 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.

4.7 Recrutamento dos participantes

Os participantes da pesquisa foram recrutados a partir das salas de espera do setor de puericultura do HULW, após explicação e completo entendimento da pesquisa e mediante assinatura do TCLE.

4.8 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados através da realização de uma entrevista, na qual foi aplicado o formulário que se encontra no APÊNDICE A (Questionário Análise de Hábitos Alimentares) por meio da plataforma *Google Forms*. O prontuário médico e a caderneta da criança puderam ser usados para a complementação de dados obtidos nas avaliações. Antes do início da coleta de dados foi realizado um pré-teste, no qual houve a aplicação do questionário, com a finalidade de avaliar o tempo e as dificuldades da sua aplicação a fim de torná-lo mais efetivo, rápido e menos cansativo ao paciente. O Questionário Análise dos Hábitos Alimentares faz parte do projeto de iniciação científica da UFPB descrito anteriormente e é dividido em 6 partes, dos quais foram analisadas as variáveis numéricas e categóricas que dizem respeito a esse trabalho, que estão descritas no quadro 1.

Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas no estudo

Variável	Tipo de variável	Descrição
Classe social pela renda familiar	Categórica	1. Até 2 salários mínimos 2. De 2 a 4 salários mínimos 3. De 4 a 10 salários mínimos 4. De 10 a 20 salários mínimos 5. Mais de 20 salários mínimos
Principal provedor de renda familiar	Categórica	1. Pai da criança 2. Mãe da criança 3. Avô/avó da criança 4. Outro
Tipo de moradia	Categórica	1. Casa própria 2. Casa alugada 3. Casa emprestada 4. Outro

Cidade de moradia	Catagórica	1. João Pessoa 2. Região metropolitana de João Pessoa 3. Interior do estado
Procedência da água	Catagórica	1. Poço 2. Rede pública 3. Não sei
Tipo de saneamento	Catagórica	1. Esgoto 2. Fossa 3. Outro 4. Não sabe informar
Destino do lixo	Catagórica	1. Coletado 2. Outros 3. Não sei
Número de pessoas que moram na casa	Catagórica	1. 2 pessoas 2. 3 pessoas 3. 4 pessoas 4. 5 a 10 pessoas 5. 11 ou mais
Idade da mãe/responsável	Numérica	Idade em anos
Quantidade de horas que ela passa fora de casa	Numérica	Tempo em horas
Quantidade de consultas pré-natal que foram realizadas	Numérica	Número de consultas de pré-natal
Quantidade de filhos que ela tem	Numérica	Número de filhos
Intervalo de tempo entre as gestações	Numérica	Tempo em anos
Escolaridade	Catagórica	1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino médio incompleto 4. Ensino médio completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino Superior Completo
Cor autorreferida	Catagórica	1. Branca 2. Parda 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena 6. Outro
Ocupação	Catagórica	1. Estudante 2. Dona de Casa 3. Trabalho Informal 4. Trabalho Formal.

Abandono dos estudos por conta da gestação	Categórica	1. Sim 2. Não
Estado civil	Categórica	1. Solteira 2. Casada 3. União estável 4. Divorciada 5. Viúva
Quem ajuda nos cuidados com o bebê	Categórica	1. Mãe 2. Sogra 3. Marido/companheiro/namorado 4. Filhos mais velhos 5. Outro familiar 6. Outros
Tipo de gravidez	Categórica	1. Única 2. Dupla 3. Tripla ou mais
Se possui alguma doença crônica	Categórica	1. Sim 2. Não
Se houve alguma complicação na gestação	Categórica	1. Sim 2. Não
Tempo de aleitamento materno exclusivo que a criança teve	Categórica	1. Nenhum 2. 1 - 2 meses 3. 3 - 4 meses 4. 5 meses 5. 6 meses 6. 7 meses ou mais
Tipo de aleitamento no momento da transição alimentar	Categórica	1. Aleitamento materno exclusivo 2. Aleitamento materno predominante 3. Aleitamento materno simples 4. Aleitamento materno complementado 5. Aleitamento materno misto ou parcial
Conhecimento sobre a responsabilidade dos pais na introdução alimentar	Categórica	1. Definir o que a criança vai comer 2. Definir o horário da criança comer 3. Definir como a criança vai comer 4. Definir se a criança quer comer 5. Definir a quantidade que a criança vai comer
Conhecimento dos pais sobre as responsabilidades da criança na introdução alimentar	Categórica	1. Definir o que vai comer 2. Definir o horário de comer 3. Definir como vai comer 4. Definir se quer comer 5. Definir a quantidade que vai comer
Como a criança deve se comportar nas refeições	Categórica	1. Quieta e esperando receber o alimento

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Ativa, pegando no alimento com as mãos 3. Na frente da televisão para ficar entretida
O que fazer quando a criança não gostar de determinado elemento	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não oferecer mais o alimento 2. Forçar a criança a comer 3. Oferecer o alimento de forma diferente
Quais elementos deve-se evitar	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Açúcar 2. Verduras 3. Sal 4. Biscoitos e bolachas 5. Iogurtes tipo Petit Suisse 6. Refrigerantes
Como deve ser temperado o alimento para a criança	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não sei/ não sabe informar 2. Pode utilizar temperos artificiais e bastante sal 3. Pode utilizar temperos naturais e sem sal 4. Outro
Pessoa que oferece os alimentos à criança	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mãe 2. Pai 3. Avô/avó 4. Tio/tia 5. Outro
Se a alimentação da criança mudou algum hábito da alimentação familiar	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não 2. Sim
Primeiro alimento oferecido na fase de transição	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fruta 2. Suco 3. Sopinha 4. Outro
Como a alimentação da criança é preparada	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Junto com a da família 2. Separada da família
Se durante a alimentação a criança é exposta a televisões, tablets ou smartphones	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Tipos de alimentos oferecidos	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variedade de alimentos (legumes, frutas, grãos e carnes) 2. Apenas 1 categoria de alimento 3. De 2 a 3 categorias de alimentos
Utensílios utilizados	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cadeirão 2. Babador 3. Prato com divisórias 4. Colher 5. Outros

Quem orientou a transição alimentar	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro profissional de saúde 4. Familiar ou amigo 5. Não recebi orientação
As dificuldades encontradas para o oferecimento dos alimentos	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. A criança não aceita 2. Dar o leite materno é mais fácil 3. Difícil acesso a determinado alimento 4. Não tem tempo para preparar o alimento 5. Preparar/dar o alimento salgado é mais fácil que o alimento sem sal 6. A avó não concorda
Quanto tempo em média a criança precisa para realizar uma refeição (em minutos)	Numérica	Tempo em minutos
Frequência de alimentos oferecidos	Numérica	Número de vezes em que o alimento é oferecido

4.9 Análise dos dados

Todos os dados foram registrados no instrumento de coleta de dados e posteriormente digitados, em dupla entrada em banco de dados desenvolvido no *Microsoft Excel*. Após a digitação foi realizada a limpeza do banco e checagem das inconsistências. As análises estatísticas serão realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS data editor versão 20.0*. 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 56/124 (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 (n = 124).

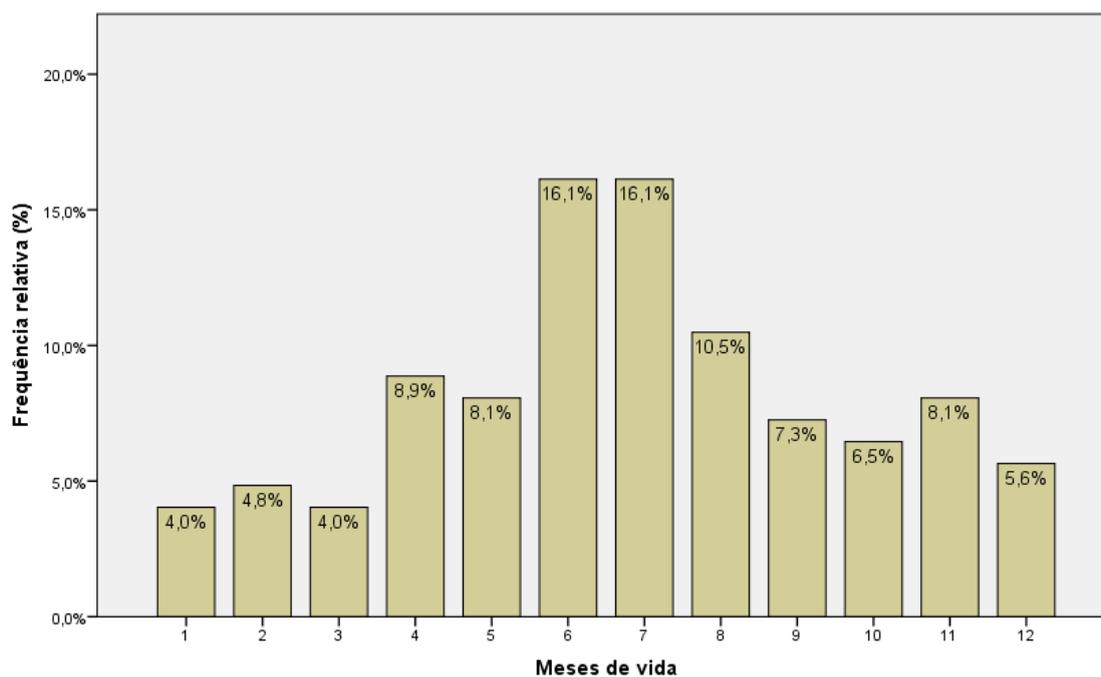


Tabela 1. Comorbidades crônicas presentes durante a gestação (n = 124).

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 anos (IIQ 11). As condições socioeconômicas dos entrevistados estão descritas na tabela 2.

Tabela 2. Condições socioeconômica dos acompanhantes entrevistados (n = 124).

Item	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Principal provedor		
Pai	96	77,4
Mãe	15	12,1
Avô/Avó	7	5,6
Bolsa família	4	3,2
Outro	2	1,6
Moradores da casa		
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
Renda familiar		
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
Tipo de moradia		
Casa própria	76	61,3
Casa alugada	40	32,3
Casa emprestada	5	4,0
Outro	3	2,4

Procedência da água		
Rede pública	112	90,3
Poço	11	8,9
Outro	1	0,8
Saneamento		
Esgoto	79	63,7
Fossa	39	31,5
Não sei	4	3,2
Inexistente	2	1,6
Destino do lixo		
Coletado	120	96,8
Não coletado	4	3,2

SM = salário-mínimo.

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%).

O aleitamento materno exclusivo foi realizado durante 5 a 6 meses em 45/124 (36,3%) dos lactentes. No momento da transição alimentar, o aleitamento materno foi exclusivo em 48/124 (38,7%) ou complementado em 49/124 (39,5%) (Tabela 3). A percepção dos entrevistados quanto responsabilidade dos pais e da criança no momento da introdução alimentar está descrita na Tabela 4. A maioria indicou que é responsabilidade dos pais definir o que [83/124 (66,9%)], quando [75/124 (60,5%)] e como [68/124 (54,8%)] a criança vai comer. No geral, a maior parte dos entrevistados não acredita que a criança seja responsável por definir o que, quando e como comer, sendo constatado, no entanto, maior opinião favorável a responsabilização da criança para definir se quer comer [52/124 (41,9%)] e a quantidade de alimento [42/124 (33,9%)].

Tabela 3. Tempo de aleitamento materno e condições da transição alimentar (n = 124).

Item	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Tempo de aleitamento materno exclusivo		
Nenhum	8	6,5
1 a 2 meses	22	17,7
3 a 4 meses	27	21,8
5 a 6 meses	45	36,3
7 meses ou mais	4	3,2
Em AME no momento da pesquisa	18	14,5
Tipo de aleitamento no momento da transição		
Aleitamento materno exclusivo	48	38,7
Aleitamento materno complementado	49	39,5
Aleitamento materno misto ou parcial	23	18,5
Aleitamento materno predominante	4	3,2

AME = aleitamento materno exclusivo.

Tabela 4. Percepção dos entrevistados quanto à responsabilidade dos pais e lactentes no momento da introdução alimentar (n = 124).

Item	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
É responsabilidade dos pais		
o que a criança vai comer	83	66,9
o horário da criança comer	75	60,5
como a criança vai comer	68	54,8
se a criança quer comer	39	31,5
a quantidade que a criança vai comer	33	26,6
É responsabilidade da criança		
definir o que vai comer	6	4,8
definir o horário de comer	13	10,5
definir como vai comer	13	10,5
definir se quer comer	52	41,9
definir a quantidade que vai comer	42	33,9

Os entrevistados afirmaram que deveriam evitar a inclusão no cardápio da criança de ingredientes como açúcar, verduras, sal, biscoito/bolacha, iogurtes tipo Petit Suisse e refrigerante em 83/124 (66,9%), 7/124 (5,6%), 72/124 (58,1%), 66/124 (53,2%), 66/124 (53,2%) e 82/124 (66,1%), respectivamente. A maioria indicou que o alimento da criança deveria ser preparado com temperos naturais e evitando sal [65/85 (76,5%)], de modo separado ao preparo da comida da família [62/92 (67,4%)]. Em apenas 23/124 (18,5%) dos casos, houve mudança de algum hábito alimentar da família em função da alimentação da criança. Frutas foram os principais alimentos utilizados para iniciar a transição alimentar (Tabela 5).

Tabela 5. Primeiro alimento fornecido na fase de transição alimentar (n = 124).

Item	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Fruta	48	38,7
Legume	27	21,8
Suco	2	1,6
Sopinha	4	3,2
Outro	43	34,7

As crianças costumavam ser alimentadas pela mãe em 87/124 (70,2%), pelo pai em 17/124 (13,7%) e/ou pelo avô/avó em 23/124 (18,5%). A mediana da quantidade de refeições diárias foi 4 (IIQ 3). O tempo médio relatado de cada refeição foi de $51,3 \pm 35,1$ minutos. Em relação ao comportamento dos lactentes durante as refeições, 75/90 (83,3%) acreditavam que a criança deveria estar ativa e pegando o alimento com as mãos, enquanto 15/90 (16,7%) indicaram que a criança deveria estar quieta e esperando receber o alimento. Já em relação aos alimentos que a criança não gosta, 68/85 (80,0%) indicaram que deveria oferecer o alimento de forma diferente, 10/85 (11,8%) não ofereceriam mais o alimento e 7/85 (8,2%) forçariam a criança a comer. Um total de 17/92 (18,5%) crianças costumavam ser expostas a televisores/tablets/smartphones durante a alimentação.

A orientação sobre a transição alimentar foi orientada por um profissional médico em 57/124 (45,9%) dos entrevistados. As principais dificuldades relatadas pelos pais durante a introdução alimentar foram relacionadas a não aceitação do alimento por parte da criança [39/124 (31,4%)], falta de alimentos [8/124 (6,4%)], ser mais fácil dar o leite materno [6/124 (4,8%)] e não ter tempo para preparar o alimento [2/124 (1,6%)].

6. DISCUSSÃO

Para Santos, Coelho e Romano (2020) o ambiente familiar é o formador das primeiras práticas alimentares e essa conjuntura colabora para escolhas e hábitos alimentares. Dantas e Silva (2019) expõem que quando o ambiente familiar fornece um apropriado modelo de conduta alimentar às crianças há uma repercussão no padrão alimentar de toda a vida desse infante. Assim, há melhores taxas de sucesso em ações nutricionais voltadas para melhores práticas alimentares quando essas são com envolvimento da família.

Destarte, em relação à fonte de renda da família, o pai foi o principal provedor da família, mas nota-se um percentual significativo de mães como principais provedoras da casa. A renda média familiar foi de menos de 2 salários mínimos para 67% dos entrevistados e 66,9% das moradias possuíam 4 ou mais integrantes. Já em relação às condições de moradia, água, saneamento e destino do lixo foram, no geral, adequadas. Isso pode ser reflexo do perfil da população acompanhada pelo HULW, que se concentra na região metropolitana e, por consequência, pode eventualmente ter mais acesso a esses recursos da vida em sociedade. Os acompanhantes se autodeclararam predominantemente negros ou pardos, tendo a maioria pelo menos o ensino médio completo. Uma parcela considerável das mães afirmou que interromperam os estudos para cuidar da criança.

Cainelli *et al.* (2021) expõe que famílias com renda mensal de até 2 salários mínimos, que possuem quatro moradores no domicílio e que recebem auxílios governamentais estão associados com introdução precoce de alimentos ultra processados, que não são recomendados para crianças menores de 2 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Nessa perspectiva, menor ganho mensal, maior quantidade de moradores na residência, menor grau de escolaridade e saneamento básico escasso geram um perfil familiar de insegurança alimentar e nutricional (CAINELLI *et al.*, 2021).

Mais de um terço da amostra (46%) não realizou aleitamento materno exclusivo por pelo menos 6 meses. As crianças estavam em aleitamento materno complementado, em sua maioria, no momento do início da transição alimentar. Dados da UNICEF (2021) demonstram que as taxas globais de amamentação permanecem persistentemente baixas, pois atualmente apenas 38% dos bebês em todo o mundo estão sendo amamentados exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida. No Brasil, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019 apresentou como resultados preliminares que apenas 45,7% dos lactentes menores de seis meses realizavam o aleitamento materno exclusivo, com a menor prevalência encontrada no Nordeste, no qual apenas 38% realizava (UFRJ, 2020).

Dessa forma, percebe-se que grande parte da população não consegue seguir a recomendação alimentar atual, o que pode acabar por prejudicar o desenvolvimento e crescimento dessas crianças. Estudo qualitativo realizado em Itabuna/BA (FERREIRA et al., 2018) observou que a duração do tempo de aleitamento materno estava associada às experiências de suas mães e/ou avós. Estudo australiano (COX; GIGLIA; BINNS, 2015) sobre comportamentos que influenciam a duração do período de amamentação corrobora com esse apontamento, pois apresentou que o posicionamento das avós em relação a esse tema influenciava na duração da amamentação. As famílias em que as avós não tinham uma posição sobre o tempo de AME ou que preferiam fórmulas infantis como método alimentício possuíam 96% mais propensão a encerrar AME antes da conclusão do período adequado.

A maioria dos pais acredita que é deles a responsabilidade de definir o quê, quando e como a criança deve comer. Ademais, parcela considerável dos entrevistados acreditam que a criança é responsável por definir se quer comer e a quantidade de alimento necessário, o que está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. No Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) descreve-se que desde o nascimento a criança utiliza-se de sinais e formas de expressão para mostrar que está com fome ou saciada. Dessa forma, é recomendado que os pais se atentem a esses sinais e respeitem a demanda do infante, observando quando parar de oferecer e quando continuar a ofertar o alimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Já a percepção dos entrevistados sobre quais alimentos podem ser incluídos no cardápio da criança foi, no geral, satisfatória, principalmente em relação à ingestão de açúcar, sal, verduras e legumes. Porém, chamou atenção que 46,8% dos entrevistados admitiram não evitar biscoitos/bolachas e iogurtes tipo Petit suisse na alimentação de seus filhos. Observa-se que no contexto atual as predileções alimentares familiares são por alimentos de fácil preparo e de acordo com as condições socioeconômicas, o que pode ocasionar uma alimentação desequilibrada nutricionalmente, com excesso de açúcares e gorduras (SANTOS; COELHO; ROMANO, 2020). Os entrevistados sabem que devem usar temperos naturais e evitar sal, mas preverem o preparo separado da comida da família. Isso se reflete na baixa mudança dos hábitos alimentares da família com a chegada da criança.

Frutas foram o principal alimento utilizado para iniciar a transição alimentar. As crianças faziam aproximadamente 4 refeições diárias, durando aproximadamente 50 minutos cada, com auxílio principalmente da mãe. A SBP (2018) recomenda uma média de 3 refeições diárias para crianças de 6 a 11 meses em aleitamento e 5 refeições para as que não estão sendo amamentadas. Os entrevistados entendem que a criança deve estar ativa e pegando os alimentos com as mãos

durante a refeição. Além disso, a compreensão geral foi de que os alimentos que a criança não gosta devem ser oferecidos novamente de outra forma.

Parcela considerável das crianças costuma ser exposta a telas durante as refeições. Além disso, estudo canadense de Kerai et al. (2022) apresenta uma associação negativa entre o maior tempo de tela e a saúde dos infantes em cinco domínios principais: desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo. Esses achados ressaltam a importância de limitar o tempo de tela na primeira infância (KERAI et al., 2022). Outrossim, o uso de telas leva à exposição dos lactentes a propagandas alimentícias, que comumente são chamativas e voltadas para o público infantil, o que leva a criança a almejar o alimento publicitado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Menos da metade dos acompanhantes foi orientada sobre a transição alimentar por um profissional médico. A SBP (2018) descreve que o pediatra tem como missão orientar a introdução alimentar, ensinando aos pais e cuidadores a importância de alimentos nutricionalmente balanceados. Além disso, o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2015) orienta que os profissionais da Assistência Primária devem trabalhar como promotores da alimentação saudável, traduzindo os conceitos técnicos de nutrição de uma forma prática e acessível, de modo a sanar as dúvidas de toda a família.

A principal queixa dos acompanhantes em relação à transição alimentar foi a não aceitação do alimento por parte da criança. O Ministério da Saúde (2019) recomenda que se o infante recusar de primeira a comida, não se deve insistir, porém deve-se continuar a oferecer o alimento em outros momentos, pois isso aumenta a chance de ela aceitar eventualmente. Além disso, a ingestão de alimentos ultra processados prejudica a aceitação dos alimentos in natura, o que pode ter influenciado na queixa dos entrevistados.

Em nota, é válido pontuar que nosso estudo possui algumas limitações. O tamanho da amostra devido ao contexto de saúde mundial e a pandemia do COVID-19 pode ter comprometido uma avaliação mais precisa da população estudada, visto que alguns achados podem ter sido superestimados enquanto outros podem ter sido suprimidos em razão desta situação. Além disso, por ser um estudo transversal, não se consegue avaliar a questão tão bem como um estudo longitudinal e é reservado para testar as hipóteses, mas não para confirmá-las.

7. CONCLUSÃO

Assim, pode-se concluir que o conhecimento dos pais e cuidadores dos pacientes acompanhados na puericultura do serviço analisado é em geral satisfatória. Porém, nota-se que a adequação às diretrizes do Ministério da Saúde em relação aos alimentos a serem oferecidos às crianças é variável de acordo com a categoria analisada, havendo uma maior adesão à orientação de utilizar temperos naturais e pouco sal e de evitar adição de açúcar e uma menor adesão ao evitamento de alimentos ricos em açúcar e/ou sal e ultra processados.

Comparando na literatura, observou-se que esse problema é algo mais acentuado em populações com menor nível socioeconômico e educacional, o que corrobora com a presente pesquisa, visto que a maior parte dos entrevistados possuíam menos de dois salários mínimos para a família. Em relação às principais dificuldades encontradas para a correta realização da introdução alimentar do lactente, observa-se a não aceitação da criança aos alimentos oferecidos, porém os pais e cuidadores têm o conhecimento de que não se deve forçar o infante a comer naquele momento e que deve oferecer de outra forma em nova ocasião.

Por fim, este estudo descreveu o conhecimento sobre alimentação infantil dos pais e cuidadores atendidos nesse serviço, além de auxiliar na caracterização do processo de transição alimentar desta amostra. Espera-se que a partir dessas informações possam ser realizadas intervenções mais direcionadas aos problemas apresentados nesta população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BYRNE, R. *et al.* Is higher formula intake and limited dietary diversity in Australian children at 14 months of age associated with dietary quality at 24 months? **Appetite**, v. 120, p. 240–245, jan. 2018.
- CAINELLI, E. C. *et al.* Ultra-processed foods consumption among children and associated socioeconomic and demographic factors. **Einstein** (São Paulo), v. 19, 2021.
- COX, K. N.; GIGLIA, R. C.; BINNS, C. W. The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: evidence from a cohort study in rural Western Australia. **International Breastfeeding Journal**, v. 10, n. 1, 21 ago. 2015.
- DANIELS, L. Feeding Practices and Parenting: A Pathway to Child Health and Family Happiness. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 74, n. Suppl. 2, p. 29–42, 2019.
- DANTAS, R. R.; SILVA, G. A. P. DA. THE ROLE OF THE OBESOGENIC ENVIRONMENT AND PARENTAL LIFESTYLES IN INFANT FEEDING BEHAVIOR. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 3, p. 363–371, set. 2019.
- D'AURIA, E. *et al.* Complementary Feeding: Pitfalls for Health Outcomes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, p. 7931, 29 out. 2020.
- FERREIRA, T. D. M. *et al.* Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding: cross-sectional study. **Einstein** (São Paulo), v. 16, n. 4, 2018.
- FEWTRELL, M. *et al.* Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition, **Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, v. 64, n. 1, p. 119–132, 2017.
- FINNANE, J. M. *et al.* Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated With Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. **Journal Of Nutrition Education And Behavior**, [S.L.], v. 49, n. 1, p. 11-18, jan. 2017.
- FYLSTRA, D. *et al.* Design and use of the Microsoft Excel Solver. **Interfaces**, v. 28, n. 5, p. 29-55, 1998.
- HELLE, C. *et al.* Early food for future health: a randomized controlled trial evaluating the effect of an health intervention aiming to promote healthy food habits from early childhood. **BMC Public Health**, [S.L.], v. 17, n. 1, 20 set. 2017.
- KERAI, S. *et al.* Screen time and developmental health: results from an early childhood study in Canada. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, 15 fev. 2022.
- LUTTER, C. K.; GRUMMER-STRAWN, L.; ROGERS, L. Complementary feeding of infants

and young children 6 to 23 months of age. **Nutrition Reviews**, v. 79, n. 8, p. 825–846, 4 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos. Brasília-DF, 2019.

PEREIRA, I. F. S. *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.

SANTOS, K. F.; COELHO, L. V.; ROMANO, M. C. C. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: Revisão Sistemática. **Revista Cuidarte**, 1 set. 2020.

SCAGLIONI, S. *et al*. Factors Influencing Children’s Eating Behaviours. **Nutrients**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 706, 31 maio 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP), Manual de alimentação da infância à adolescência. Departamento de Nutrologia, 4ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2018

SOTERO, A. M.; CABRAL, P. C.; SILVA, G. A. P. 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).

SOUSA, C. *et al*. Perfil epidemiológico do estado nutricional de crianças assistidas em creches no Estado da Paraíba, **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr**, 2011.

TARTAGLIA, J. *et al*. Exploring Feeding Practices and Food Literacy in Parents with Young Children from Disadvantaged Areas. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 1496, 4 fev. 2021.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 10 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em 13 de abril de 2022.

UNICEF. **Infant and young child feeding** - UNICEF DATA, set. 2021. Disponível em: [https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#:~:text=Adopting%20optimal%20feeding%20practices%20is,increase%20their%20chances%20of%20survival](https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#:~:text=Adopting%20optimal%20feeding%20practices%20is,increase%20their%20chances%20of%20survival.). Acesso em: 05 de maio de 2022.

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.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ANÁLISE DE
HÁBITOS ALIMENTARES**

***CARACTERIZAÇÃO GERAL DA
AMOSTRA***

Qual sua renda familiar (em salários mínimos)?

- () Até 2 salários mínimos
() De 2 a 4 salários mínimos
() De 4 a 10 salários mínimos
() De 10 a 20 salários mínimos
() Mais de 20 salários mínimos

Qual o principal provedor de renda da família (quem sustenta a família)?

- () Pai da criança
() Mãe da criança
() Avô/avó da criança
() Outro. Especificar: _____

Qual o número de pessoas que moram na casa (incluindo você e seu filho)?

- () 2 pessoas
() 3 pessoas
() 4 pessoas
() 5 a 10 pessoas
() 11 ou mais

Sua moradia é:

- () Casa própria
() Casa alugada
() Casa emprestada
() Outro. Especificar: _____

Cidade de moradia:

- () João Pessoa
() Região metropolitana de João Pessoa
() Interior do estado. Especificar: _____

Procedência da água:

- () Poço
() Rede pública
() Não sei

Tipo de saneamento:

- () Esgoto
() Fossa
() Outro. Especificar: _____
() Não sei

Destino do lixo:

- () Coletado
() Outros
() Não sei

***CARACTERIZAÇÃO DA
MÃE/RESPONSÁVEL E DA
GESTAÇÃO***

Qual a sua idade?

____ anos

Você se entende como?

- () Branca
() Parda
() Preta
() Amarela
() Indígena
() Outro. Especificar: _____

Qual sua escolaridade?

- () Ensino fundamental incompleto
() Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Ensino Superior Incompleto
() Ensino Superior Completo

Qual a sua ocupação?

- () Estudante
() Dona de Casa
() Trabalho Informal
() Trabalho Formal. Especificar: _____

Quantas horas por dia você passa fora de casa?

_____ horas

Qual seu estado civil?

- Solteira
 Casada
 União estável
 Divorciada
 Viúva

Você interrompeu seus estudos por conta da gestação?

- Sim Não

Quem te ajuda nos cuidados com o bebê?

- Mãe
 Sogra
 Marido/companheiro/namorado
 Filhos mais velhos
 Outro familiar
 Outros. Especificar: _____

Qual o tipo de gravidez?

- Única
 Dupla
 Tripla ou mais

Qual o tipo de parto?

- Espontâneo
 Cesárea
 Induzido
 Cesárea de emergência
 Outro. Especificar: _____

Possui alguma doença crônica?

- Não
 Sim, diabetes mellitus
 Sim, hipertensão arterial
 Sim, epilepsia
 Sim, câncer
 Sim, outro. Especificar: _____

Houve alguma complicação na gestação?

- Não
 Sim, doença hipertensiva na gestação
 Sim, diabetes gestacional
 Sim, hemorragia pós-parto
 Sim, outro. Especificar: _____

Quantas consultas pré-natal foram realizadas?

Quantos filhos você tem?

Qual o intervalo de tempo entre as gestações?

QUESTÕES GERAIS SOBRE A CRIANÇA

Qual a idade gestacional no nascimento?

Qual a idade da criança?

Marcos de desenvolvimento:

- Marcos adequados para a idade
 Ausência de marcos para a idade esperada. Especificar: _____

Qual o peso no nascimento?

Qual o peso atual?

Qual o percentil de peso atual? (caderneta)

Qual o comprimento no nascimento?

Qual o comprimento atual?

Qual o percentil de comprimento? (caderneta)

Teve alguma complicação no nascimento?

- Não
 Sim. Especificar: _____

Precisou ser internada na UTIN/UCIN após o nascimento?

- Não
 Sim. Especificar tempo: _____

QUESTÕES RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO DO 0 AOS 6 MESES

Durante a gestação você recebeu orientações sobre aleitamento materno?

- Não
 Sim

Você sabe quais são os tipos de aleitamento?

- Não
 Sim. Especificar:_____

Você sabe o que é aleitamento materno exclusivo?

- Não
 Sim. Especificar:_____

Até que idade a criança deve receber somente leite materno?

- 2 meses
 4 meses
 6 meses
 7 meses
 1 ano

A partir de que idade o bebê pode receber outros líquidos quando está em aleitamento materno exclusivo?

- 2 meses
 4 meses
 6 meses
 7 meses
 1 ano

Até que idade mínima o bebê deve continuar em aleitamento mesmo comendo outros alimentos?

- 6 meses
 1 ano
 2 anos
 Indeterminado

Quais fatores influenciam na descida do leite materno?

- Aproximação entre a mãe e o bebê
 Estresse materno
 Vontade da mãe em amamentar
 Hormônios relacionados com o leite materno

Existem casos em que os bebês não devem ser amamentados?

- Não
 Sim. Especificar:_____

Existe uma quantidade de vezes que o bebê deve mamar ao longo do dia?

- 3 vezes
 6 vezes
 9 vezes
 Indeterminado

A alimentação da mãe influencia no leite materno?

- Não
 Sim

Existe algum alimento que deve ser proibido no consumo pela mãe durante a amamentação?

- Não
 Sim. Especificar:_____

Existe leite fraco?

- Não
 Sim

Deve ser oferecido água ao bebê durante o aleitamento materno exclusivo?

- Não
 Sim

O leite materno é um alimento adequado para o bebê?

- Não
 Sim

O apoio da família é importante no aleitamento materno?

- Não
 Sim. Especificar:_____

O apoio dos profissionais de saúde é importante no aleitamento materno?

- Não
 Sim. Especificar:_____

Quais abaixo são benefícios do aleitamento materno para a mãe:

- Reduz incidência de cânceres
 Reduz custo com alimentação
 Diminui sangramento pós-parto

Nenhum desses

Quais abaixo são benefícios do aleitamento materno para o bebê:

- Reduz possibilidade de desenvolver diabetes
 Previne doenças infecciosas
 Promove maior contato entre mãe e filho
 Nenhum desses

Você amamentou seu filho na primeira hora de vida dele?

- Não
 Sim

Quanto tempo de aleitamento materno exclusivo a criança teve?

- Nenhum
 1 - 2 meses
 3 - 4 meses
 5 meses
 6 meses
 7 meses ou mais

Dificuldades encontradas durante o aleitamento materno:

- Não tinha leite
 A criança não conseguia sugar
 O leite era fraco
 Muitas fissuras e rachaduras nos peitos
 O leite ficou empedrado
 Outra. Especificar: _____

Por qual motivo foi encerrado o aleitamento materno exclusivo?

- O leite não saciava o meu bebê
 Tive que retornar ao trabalho
 O leite parou de descer
 Achei que meu filho precisava de alimento mais forte
 Outro. Especificar: _____

Tipo de aleitamento no momento da transição alimentar:

- Aleitamento materno exclusivo
 Aleitamento materno predominante
 Aleitamento materno simples
 Aleitamento materno complementado
 Aleitamento materno misto ou parcial

QUESTÕES RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO DOS 6 AOS 12 MESES

É responsabilidade dos pais:

- Definir o que a criança vai comer
 Definir o horário da criança comer
 Definir como a criança vai comer
 Definir se a criança quer comer
 Definir a quantidade que a criança vai comer

É responsabilidade da criança:

- Definir o que vai comer
 Definir o horário de comer
 Definir como vai comer
 Definir se quer comer
 Definir a quantidade que vai comer

Como a criança deve se comportar nas refeições:

- Quieta e esperando receber o alimento
 Ativa, pegando no alimento com as mãos
 Na frente da televisão para ficar entretida

Quando a criança não gostar de determinado elemento devemos:

- Não oferecer mais o alimento
 Forçar a criança a comer
 Oferecer o alimento de forma diferente

Quais elementos devemos evitar?

- Açúcar
 Verduras
 Sal
 Biscoitos e bolachas
 Iogurtes tipo Petit Suisse
 Refrigerantes

Como deve ser temperado o alimento para a criança:

- Não sei/ não sabe informar
 Pode utilizar temperos artificiais e bastante sal
 Pode utilizar temperos naturais e sem sal
 Outro. Especificar: _____

Pessoa que oferece os alimentos à criança:

- Mãe
 Pai

- () Avô/avó
 () Tio/tia
 () Outro. Especificar: _____

A alimentação da criança mudou algum hábito da alimentação familiar:

- () Não
 () Sim. Especificar: _____

Primeiro alimento oferecido na fase de transição:

- () Fruta
 () Suco
 () Sopinha
 () Outro. Especificar: _____

Como a alimentação da criança é preparada?

- () Junto com a da família
 () Separada da família

Durante a alimentação a criança é exposta a televisões, tablets ou smartphones?

- () Sim
 () Não

Quanto tempo em média a criança precisa para realizar uma refeição:
 _____ minutos

Frequência de alimentos oferecidos:

Tipos de alimentos oferecidos:

- () Variedade de alimentos (legumes, frutas, grãos e carnes)
 () Apenas 1 categoria de alimento
 () De 2 a 3 categorias de alimentos

Utensílios utilizados:

- () Cadeira
 () Babador
 () Prato com divisórias
 () Colher
 () Outros. Especificar: _____

Quem orientou a transição alimentar:

- () Médico
 () Enfermeiro
 () Outro profissional de saúde

- () Familiar ou amigo
 () Não recebi orientação

Dificuldades encontradas para o oferecimento dos alimentos:

- () A criança não aceita
 () Dar o leite materno é mais fácil
 () Difícil acesso a determinado alimento
 () Não tem tempo para preparar o alimento
 () Preparar/dar o alimento salgado é mais fácil que o alimento sem sal
 () A avó não concorda

Tipo de orientação, (dúvidas após a orientação e oportunidade de esclarecimento durante a consulta):

QUESTÕES RELACIONADAS AO PERFIL ALIMENTAR

O que a criança come no café da manhã?

O que a criança come no lanche da manhã?

O que a criança come no almoço?

O que a criança come no lanche da tarde?

O que a criança come no jantar?

O que a criança come na ceia?

Qual o alimento preferido da criança?

Quais alimentos a criança não come?

Quais líquidos são oferecidos à criança?

Qual o volume de água que a criança ingere diariamente?

Qual o volume de líquidos que a criança ingere diariamente?

Quais temperos e especiarias são usados na preparação do alimento da criança?

O que a criança faz enquanto se alimenta?

APÊNDICE B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Senhor (a) responsável legal, seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“Análise dos hábitos alimentares de lactentes em João Pessoa – PB”**, coordenada por Marília Denise de Saraiva Barbosa. O objetivo deste estudo é 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.

Caso permita seu filho (a) participar, você terá que responder o Questionário Análise de Hábitos Alimentares que possui questões gerais sobre a criança, a mãe, as condições sociais e os hábitos alimentares e também permitir a consulta da Caderneta da Criança e a consulta ao prontuário médico, o que deve dispende cerca de 30 minutos.

Com a participação nesta pesquisa, o responsável legal estará exposto a riscos são mínimos, como provocação de sentimento de angústia e dificuldade de entendimento, e caso eles venham a ocorrer, serão tomadas as seguintes providências: explicação com linguagem fácil e acessível sobre a pesquisa para os participantes, explicar que não existe nenhum ônus ou remuneração direta pela participação e que há liberdade para retirar a assinatura do TCLE caso mudem de ideia sem prejuízo nenhum por parte da pesquisa ou do seu atendimento no hospital, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável.

Esta pesquisa tem como benefícios realização de métodos de intervenção como palestras e cursos com mães, responsáveis e profissionais de saúde de modo a esclarecer e desmistificar a introdução alimentar com foco nos pontos de desconhecimento e dificuldade das mães em relação ao tema. Além disso, poderão ser elaboradas atividades com o intuito de melhorar o perfil alimentar das crianças, baseando-se nos principais erros alimentares encontrados na pesquisa.

O material e informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. A participação é voluntária e o responsável legal terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

O senhor (a) também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência acarrete qualquer prejuízo próprio ou à criança. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de setembro de 2021 e serão enviados aos participantes por e-mail ou contato telefônico. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma

maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcido do valor gasto. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, é preciso rubricar o consentimento de participação em todas as páginas e assinar no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com você. O pesquisador responsável também rubricará todas as páginas e assinará o campo previsto e as duas vias.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu _____ concordo em participar, voluntariamente da pesquisa intitulada “**Análise dos hábitos alimentares de lactentes em João Pessoa – PB**” conforme informações contidas neste TCLE e autorizo a realização de consultas na Caderneta da Criança e ao prontuário médico.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador (a) responsável (orientador(a)):

Nome: Marília Denise de Saraiva Barbosa. E-mail para contato: de.dirceu@hotmail.com. Telefone para contato: (83)999397777

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável: _____

Outros pesquisadores:

Nome: Clarissa Giovana Luna de Oliveira. E-mail para contato: clarissagiovana99@gmail.com. Telefone para contato: (083) 987010451

Assinatura do (a) aluno (a) pesquisador (a): _____

Nome: Jéssica Paula Benítez. E-mail para contato: jessicapaulabenitez@gmail.com. Telefone para contato: (083) 998222462

Assinatura do (a) aluno (a) pesquisador (a): _____

Nome: Joana Rosa Urbano Sousa Costa. E-mail para contato: joanarosurbanos@gmail.com. Telefone para contato: (084) 987415605

Assinatura do (a) aluno (a) pesquisador (a): _____

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o contato do pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas. Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB. Telefone: (083) 3216-7308 E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br