

# **CURSO DE NUTRIÇÃO**

**Manual de Estágio Curricular Obrigatório  
Estágio em Nutrição e Saúde Coletiva (215 horas)**

**Coordenadora do Curso:**  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Julianna Matias Vagula

## Sumário

1. NATUREZA DO ESTÁGIO .....	6
2. DA ESTRUTURA, DURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO .....	7
3. ASSIDUIDADE .....	8
4. POSTURA E ATRIBUIÇÕES DO ESTAGIÁRIO .....	9
5. ENVOLVIMENTO DOS PARTICIPANTES .....	10
6. DOCUMENTAÇÃO DO ESTÁGIO .....	11
7. ANEXOS.....	13

**MANUAL DE ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO**  
**ESTÁGIO EM NUTRIÇÃO E SAÚDE COLETIVA**  
**CARGA HORÁRIA: 215 HORAS**

**Caro aluno,**

Antes de iniciar sua atividade de estágio, leia com atenção este documento, pois contém informações importantes para essa atividade curricular. Juntamente com esta orientação, em seu AVA, consta uma videoaula que trata sobre o estágio desse semestre. Leia este material e assista ao vídeo, e em caso de dúvidas, entre em contato com o seu tutor a distância.

## 1. NATUREZA DO ESTÁGIO

O Estágio Curricular busca a associação das dimensões teóricas e práticas do currículo. Dessa forma, articula interdisciplinarmente os conteúdos visando a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o Curso. Garantindo a possibilidade de abrir uma janela para o futuro e vislumbrar a realidade em que irá atuar profissionalmente.

No Estágio Curricular em Nutrição e Saúde Coletiva, os alunos desenvolverão diferentes atividades, no intuito de fortalecer ações de alimentação e nutrição no âmbito da nutrição social.

A carga horária total do estágio em Nutrição Clínica é de 215 horas que será realizado da seguinte forma: 172 horas em campo e 43 horas teóricas (reuniões e estudos de caso clínico).

### 1.1 Dos Objetivos

#### 1.1.1 O estágio obrigatório tem por objetivos, os seguintes:

- Proporcionar ao acadêmico a oportunidade de aplicar, ampliar e adequar os conhecimentos técnico-científicos, integrando a teoria e a prática por meio de sua inserção em situações reais de trabalho;
- Promover atividades que permitam o desenvolvimento de competências, capacidades e habilidades requeridas para a formação profissional;
- Possibilitar o conhecimento da realidade socioeconômica e cultural da população, desenvolvendo a capacidade crítica e humanística do acadêmico, permitindo a sua identificação como elemento de transformação da sociedade;
- Garantir a experiência nos diferentes níveis de atenção a saúde, atuando em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, promovendo a formação de profissional comprometido com o ser humano;

- Suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional, possibilitando o desenvolvimento da cidadania e dos princípios éticos da autonomia, da responsabilidade, da solidariedade e do respeito ao bem comum;
- Permitir o desenvolvimento da prática profissional voltada para a atuação em equipes multiprofissionais, fortalecendo os aspectos interdisciplinares e transdisciplinares como forma de obter máxima produtividade da promoção e da assistência à saúde;
- Possibilitar a tomada de decisões e as soluções de problemas;
- Assegurar a formação de Nutricionistas generalistas, qualificados ao exercício profissional nas diferentes áreas de atuação vinculadas a alimentação e nutrição.
- Identificar as atribuições técnico administrativas do nutricionista;
- Conhecer as políticas e programas públicos voltados à saúde e nutrição da população brasileira;
- Saber identificar dados epidemiológicos, com análise bioestatística adequada, para trabalhar na nutrição social;
- Conhecer os aspectos relacionados à Educação Alimentar e Nutricional para atuar na promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como, na prevenção e tratamento de doenças de indivíduos ou grupos populacionais;
- Propor estratégias de educação/reeducação alimentar e nutricional;
- Identificar hábitos alimentares da população atendida e propor mudanças sempre que necessário;
- Elaborar projeto de Educação Nutricional;

## **2. DA ESTRUTURA, DURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO**

### **2.1 Estrutura**

- Atividades de estágio serão desenvolvidas na área de Nutrição e Saúde Coletiva (atenção primária a saúde), desde que devidamente autorizadas pelos órgãos

competentes e conveniadas com a Instituição de Ensino e que tenham Nutricionistas contratados.

- A carga horária perfaz um total de 215 horas.

## **2.2 Duração**

- Os alunos serão divididos em grupos para a realização do estágio.

- Conforme a Lei de Estágio nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, as atividades de estágio não deverão ultrapassar 6 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais.

**ATENÇÃO: O Aluno não pode ultrapassar o limite de 6 horas diárias de atividades no local de estágio.**

## **2.3 Desenvolvimento do estágio**

- O aluno só poderá fazer estágio com o acompanhamento do Supervisor de Estágio (Nutricionista com CRN ativo) e após ter firmado o TERMO DE COMPROMISSO.

- O aluno só poderá fazer estágio com o acompanhamento do Supervisor de Campo (Nutricionista com CRN ativo) e após ter firmado o TERMO DE COMPROMISSO.

- O aluno deve acompanhar as atividades desenvolvida pelo Nutricionista do Local de Estágio;

- Todas as atividades devem ser realizadas e registradas conforme a orientação deste manual;

- O registro das atividades deve estar em consonância com as datas em que efetivamente o aluno realizou, tanto no campo de estágio, como as demais atividades. O registro incorreto, implica na reprova do aluno;

- A realização do Estágio Curricular não acarreta em vínculo empregatício de qualquer natureza.

## **3. ASSIDUIDADE**

O aluno em estágio obrigatório deverá cumprir carga horária de 215 horas totais para o Estágio em Nutrição e Saúde Coletiva. Para esta modalidade de estágio não há abonos de faltas, exceto casos previstos em Lei.

#### 4. POSTURA E ATRIBUIÇÕES DO ESTAGIÁRIO

- I. Cumprir as disposições do Termo de Compromisso firmado com a Unidade Cedente;
- II. Respeitar as normas vigentes na Unidade Cedente;
- III. Conhecer as normas de controle de infecção (CCIH) da Unidade Cedente;
- IV. Manter conduta ética no local de Estágio, zelando pelo bom nome da Instituição/Empresa que proporciona o estágio e do Curso de Nutrição;
- V. Manter **sigilo profissional** em relação a dados e informações obtidas na Unidade Cedente.
- VI. Cumprir o cronograma de Estágio, acatando as diretrizes do Supervisor(a);
- VII. Comparecer pontualmente nos locais de Estágio, com o crachá de identificação, jaleco branco de manga longa e demais vestimentas exigidas pela Unidade Cedente.
- VIII. A permissão do uso de adornos, esmalte, entre outros, será de acordo com cada Área de Estágio e exigências da Unidade Cedente;
- IX. Zelar pelos materiais e equipamentos pertencentes à Unidade Cedente do Estágio, bem como pelos da Instituição Formadora;
- X. Ser discreto, ouvindo atentamente e manifestar-se em momentos propícios ou quando solicitados;
- XI. Desenvolver todas as atividades programadas, respeitando os prazos estabelecidos.
- XII. Registrar sistematicamente as atividades desenvolvidas no campo de estágio;
- XIII. Entregar ao Supervisor de estágio presencial, no prazo estabelecido, os documentos necessários formais do Estágio;
- XIV. Dirigir-se ao Supervisor de Estágio sempre que tiver dúvidas relativas ao estágio e sua realização.
- XV. Encaminhar as dúvidas sobre o estágio ao Tutor a Distância, via sistema de mensagens do AVA ou Sala do Tutor conforme as orientações, além do Supervisor/Preceptor de Estágio.

## 5. ENVOLVIMENTO DOS PARTICIPANTES

O desenvolvimento do estágio acontece mediante a participação dos seguintes envolvidos: a Coordenação do Curso; a Divisão de Convênios e Estágios; Supervisor de Estágio; o Supervisor de campo; o Tutor a distância; o Tutor presencial e o Polo de Apoio Presencial e o Acadêmico.

**A coordenação do Curso de Nutrição** executa a política de estágios em consonância com as normas gerais da instituição e conforme a Diretriz Curricular Nacional do Curso de Nutrição, Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001; participa da elaboração do regulamento do Estágio Curricular; e colabora com os supervisores de estágio, com os tutores a distância, com o tutor presencial e o supervisor de campo, com relação às atividades que devem ser realizadas. Recebe a documentação relativa à realização do estágio (ficha de acompanhamento e ficha de avaliação e relatório de estágio).

**A Divisão de Convênios e Estágios** recebe as solicitações de celebração de convênios e parcerias das unidades; realiza o cadastro das instituições concedentes do estágio; orienta e esclarece dúvidas quanto aos convênios e parcerias; confere e aprova a documentação acadêmica relativa a convênios e cadastramento das instituições.

**O tutor a distância** orienta a atuação do aluno na realização do estágio; participa do processo de avaliação das atividades do estágio, com a supervisão do docente e da Coordenação do curso.

**O Preceptor de Estágio** (Obrigatoriamente Nutricionista com CRN ativo) juntamente com o Polo de Apoio Presencial, contata as instituições de ensino concedentes de estágio para análise das condições dos campos, tendo em vista o cadastro e a celebração de convênios; organiza semestralmente o encaminhamento de estagiários e a distribuição das turmas com a aprovação do curso de Nutrição; participa da execução das atividades pertinentes ao estágio, realizadas pelos alunos

da unidade; supervisiona a elaboração do relatório do estágio; realiza reuniões de estágio com os estagiários; recebe e encaminha à coordenação do curso, no final do semestre, as fichas de acompanhamento.

**O Supervisor de campo** (Obrigatoriamente Nutricionista com CRN ativo) é o Nutricionista da unidade concedente de estágio, que acompanha o acadêmico.

**O Acadêmico** realiza as atividades solicitadas no Manual de Estágio; comparece ao campo de estágio nos dias e horários agendados; registra todas as atividades desenvolvidas; e posta o relatório final de estágio, na disciplina de estágio em Nutrição e Saúde Coletiva, no ícone *portfolio*, no período estipulado; entrega a ficha de acompanhamento de estágio, ficha de avaliação de estágio, devidamente preenchidas, assinadas e carimbadas, para o tutor presencial no prazo estabelecido pela Coordenação do Curso.

## 6. DOCUMENTAÇÃO DO ESTÁGIO

As atividades de Estágio Curricular Obrigatório são registradas por meio de documentos, sem os quais o acadêmico não comprova o seu estágio. Para isso, durante a realização do estágio o aluno deve preencher os documentos abaixo:

- Todos os documentos pedagógicos devem, obrigatoriamente, constar as mesmas datas e vigência de estágio de acordo com informado no Termo de Compromisso.

- Todos os documentos devem ser preenchidos, datados e assinados e carimbados na última página.

**A) Documentos de convênio:** O polo verifica com o Departamento de Estágios se a Universidade possui convênio com os locais de estágio. Caso afirmativo, o Supervisor de estágio em conjunto com o aluno preenche a documentação do convênio (**cadastro de estágio e termo de compromisso**). Após o preenchimento, estes documentos devem ser entregues no polo para envio ao

Departamento de Estágios que fará a conferência. Caso não haja convênio, o aluno não poderá iniciar o estágio sem que seja finalizado o trâmite.

- B) Ficha de Acompanhamento de Estágio (Anexo I):** Ficha em que devem ser registradas as atividades desenvolvidas pelo aluno durante o estágio. Todas as atividades propostas devem ser registradas na Ficha de Acompanhamento de Estágio, que deve ser preenchida durante a realização de estágio, com as seguintes informações: o período ou a data de realização de cada atividade; a carga horária; a descrição da atividade realizada; a assinatura do supervisor de campo (Nutricionista da Unidade Cedente) e Supervisor de Estágio. O preenchimento desta ficha também indica a presença do acadêmico no local de estágio.
- C) Ficha de Avaliação de Estágio (Anexo II):** Ficha na qual o Supervisor de Estágio atribui as notas ao Acadêmico, conforme seu desempenho durante as atividades de Estágio.
- D) Relatório do Estágio (Anexo III):** Documento que o aluno deve elaborar durante o período de estágio, contemplando todas as atividades realizadas e o estudo de caso clínico. O relatório de estágio deve ser feito INDIVIDUALMENTE.
- E) Validação do estágio (Anexo IV):** Documento que o aluno deverá assinar junto com seu supervisor de estágio e inserir no relatório.

**Atenção:**

- 1) A carga horária TOTAL do estágio é de 215 horas.
- 2) As fichas de acompanhamento de estágio devem ser preenchidas de forma detalhada: deve ser discriminada/descrita cada atividade realizada com a data de realização e a sua respectiva carga horária, além da assinatura do preceptor de estágio por dia de atividade.



## ANEXO II - FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO

Acadêmico(a): _____ RA: _____		
Data da avaliação: ____/____/____		
Instituição: _____		
UN	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
01	<b>Assiduidade e Pontualidade (0,5):</b> obrigações funcionais do acadêmico decorrente do contrato de estágio supervisionado.	
02	<b>Vestimenta e material de bolso conforme normas (0,5):</b> As condições de trabalho são agentes diretos na saúde e bem-estar do indivíduo. Cada ramo de atividade possui suas particularidades.	
03	<b>Postura, ética e sigilo (0,5):</b> Discrição no ambiente de estágio. Sigilo quanto as informações dos pacientes. Postura ética em relação as informações e as atividades desenvolvidas no local de estágio.	
04	<b>Capacidade de relacionar teoria e prática (2,0):</b> o acadêmico aplica seus conhecimentos baseado em literaturas com competência e habilidade técnica.	
05	<b>Receptividade às orientações e críticas (0,5):</b> aceita novas orientações e ensinamentos empenhando-se em melhorar.	
06	<b>Iniciativa (1,0):</b> identifica a necessidade da situação e realiza ou sugere condutas com antecedência.	
07	<b>Controle emocional em situações adversas (1,0):</b> equilíbrio emocional ao passar por situações de alta complexidade em procedimentos e decisões.	
08	<b>Trabalho em equipe (1,0):</b> Consegue ter bom relacionamento e desempenho em procedimentos e condutas a serem tomadas em grupo.	
09	<b>Engajamento (1,0):</b> Desenvolvimento das atividades programadas respeitando os prazos estipulados.	
10	<b>Capacidade técnica (2,0):</b> Conhecimento das particularidades dos procedimentos empregados nos campos de estágio	
<b>NOTA FINAL:</b>		

Orientações: O preenchimento da avaliação é realizado pelo Supervisor(a) de Estágio no término do período vigente do estágio. Este documento auxilia no desenvolvimento da nota parcial do acadêmico durante a avaliação final da disciplina. Deverá ser postado pelo acadêmico e arquivado no Polo para possível visita dos auditores de estágio. Documento válido somente com assinatura e carimbos.

\_\_\_\_\_  
**Supervisor de Estágio**  
 Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_  
**Estagiário**  
 Assinatura

## **ANEXO III - Relatório de Estágio em Nutrição e Saúde Coletiva**

### **O RELATÓRIO DE ESTÁGIO É INDIVIDUAL**

#### **1.CAPA**

Instituição a que pertence o aluno

Título do relatório

Nome completo do aluno

Cidade, ano

#### **2.FOLHA DE ROSTO**

Instituição de onde provém o relatório

Nome completo do aluno

Nome da coordenação do curso

Nome do supervisor

#### **3.SUMÁRIO**

Assuntos com respectivas paginações

#### **4.APRESENTAÇÃO**

Informações gerais do campo de estágio

Objetivo do estágio e período

#### **5. INTRODUÇÃO.**

#### **6. ATIVIDADE DO ESTAGIÁRIO. (descritas diariamente).**

#### **7. PROJETO DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL (desenvolvido no campo de estágio)**

7.1 Título do projeto

7.2 Introdução

7.3 Objetivos

7.4 Material e métodos

7.5 Avaliação

7.6 Cronograma de realização

7.7 Resultados

7.8 Conclusão

7.9 Referências

## 8. ATIVIDADES DE ESTUDOS DE CASO

### 8.1 **Atividade 1:** Aleitamento materno e alimentação complementar

O aleitamento materno é a estratégia que, isoladamente, mais impacta na redução da mortalidade infantil por causas evitáveis. O leite materno fornece uma nutrição adequada, ajuda a desenvolver a imunidade infantil e contribui na saúde física e emocional da criança. Por meio da amamentação, a criança entra em contato com a mãe, favorecendo o vínculo afetivo e estímulos dos sentidos como visão, olfato, paladar e tato. Portanto, a amamentação das crianças, nos primeiros anos, tem impacto não somente na nutrição e saúde, mas também influencia fortemente o desenvolvimento humano.

A partir de seis meses, além do leite materno, novos alimentos saudáveis devem ser oferecidos às crianças e terão papel importante na formação dos hábitos alimentares para toda a vida, e, além disso, esses alimentos irão fornecer nutrientes que desempenham um papel importante na formação dos tecidos e sistemas corporais.

Desde o início da década de 1980, mesmo antes da criação do SUS, o Brasil tem incluído na sua agenda de prioridades em saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Junto com esses programas, o incentivo a introdução da alimentação complementar adequada e saudável é outro desafio que nós nutricionistas enfrentando em nosso dia a dia na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Hoje, no seu primeiro dia de estágio na Unidade Básica de Saúde, você foi convidado por uma agente comunitária de saúde a ir conhecer algumas famílias atendidas pelo NASF. Em uma das visitas, você conheceu a Carla uma lactante que ganhou seu bebê há 3 semanas. A mamãe de primeira viagem, estava com muitas dúvidas relacionadas ao aleitamento materno, inclusive relatou estar com mastite, sentindo muita dor e querendo parar de amamentar. Além disso, não tem conseguido se alimentar pois tem um filho de 4 anos que está dando bastante trabalho com a chegada do bebê. Ela fica o dia todo em casa sozinha, pois o marido sai pra trabalhar cedo e volta só à noite e ganha um salário mínimo mensal. Geralmente come o que tem em casa e alimentos mais práticos: pão, macarrão instantâneo, pizzas prontas, lanches, refrigerante e bolo comprado no mercado. Tem ingerido pouca água, pois não tinha o hábito de tomar.

Uma outra família, você conheceu a Lucia, mãe de uma bebê de 7 meses que iniciou a introdução alimentar complementar e vem tendo muitas dificuldades durante o processo pois a bebê não está aceitando a comida e a mãe não sabe o que fazer.

Retornando ao posto de saúde, você conversou com outros agentes comunitários e percebeu que existem muitas lactantes com dificuldades na amamentação e alimentação, além de muitas mães com problemas na hora de iniciar alimentação complementar da criança.

Frente a isso, você sentiu a necessidade de conversar melhor com essas mães e entender um pouco melhor as angústias e dúvidas para que pudesse ajudá-las. Então, você pediu para a enfermeira chefe se poderia realizar um grupo educativo com todas as mães com bebês/crianças 0 a 12 meses da UBS. Sabendo da importância da amamentação e da introdução alimentar complementar, você deverá:

a ) Ler os dois artigos que estão em anexo no manual:

- 1) Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil.
- 2) Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar.

Após a leitura dos artigos você terá um melhor entendimento sobre os diversos aspectos que podem influenciar na introdução alimentar das crianças. Desta forma, de acordo com os artigos que você leu e todo seu conhecimento adquirido no decorrer da sua formação, descreva quais os malefícios da introdução alimentar precoce para a criança e quais aspectos influenciam nesse ato.

b) Na UBS, uma das melhores formas que podemos fazer com que a informação chegue aos nossos pacientes é através da educação nutricional, ela pode ser em grupos ou até mesmo de forma individual. Para isso, usamos vários materiais (livro, folders, vídeos, etc) que poderão nós auxiliar durante todo esse processo. Pensando nisso:

- Elabore um material educativo demonstrando de como dever ser a introdução alimentar de cada faixa etária, a partir dos 6 até os 24 meses. (coloque os alimentos que podem estar presentes no café da manhã, no lanche da manhã, no almoço, no lanche da tarde, no jantar e na ceia, além da consistência dos alimentos).

- Uma das principais formas de diarreia em crianças menores de 2 anos é devido ao consumo de água imprópria para o consumo, que infelizmente a falta de saneamento

básico ainda é uma realidade em nosso país. Desta forma elabore um panfleto de como dever ser o tratamento da água para que ela se torne potável para o consumo das crianças.

Lembre-se : Na hora de elaborar esse material, pense que eles serão distribuídos as mães atendidas em uma UBS.

9. TERMO DE VALIDAÇÃO DO RELATÓRIO

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11. REFERÊNCIAS

## ANEXO IV – TERMO DE VALIDAÇÃO DO RELATÓRIO

Eu, [Inserir nome do Acadêmico], RA [Inserir RA do Acadêmico], matriculado no [Inserir o semestre] semestre do Curso de Nutrição da modalidade a Distância da [Inserir nome da Universidade], realizei as atividades de estágio [Inserir nome do Estágio] no(a) [Inserir nome do local do estágio], cumprindo as atividades e a carga horária previstas no respectivo Relatório de Estágio.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Estagiário(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura Supervisor de Estágio

## Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar

Maternal knowledge: influence in introduction of complementary feeding

Murielle de Lucena Martins<sup>1</sup>  
Adriana Haack<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Curso de Nutrição da Universidade  
Paulista-UNIP, Campus Brasília-DF, Brasil.

**Correspondência**  
Adriana Haack de Arruda Dutra  
SHIGS 715 bloco A casa 87. Asa Sul,  
Brasília-DF 70.381-701, Brasil.  
adrianahaack@hotmail.com

Recebido em 22/novembro/2012  
Aprovado em 08/janeiro/2013

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar na literatura a influência dos conhecimentos maternos na introdução da alimentação complementar.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão da literatura, com ênfase nos últimos 12 anos, utilizando-se artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados *SciELO*, *Lilacs*, *Capes* e *Google Scholar*, nos idiomas português e inglês. Foram selecionados estudos clínicos randomizados, observacionais, experimentais, epidemiológicos, entre outros, com significância estatística de 5%.

**Resultados e Discussão:** Existem crenças e práticas impregnadas à cultura brasileira que se mostram conflitivas com as recomendações para alimentação do lactente. Os cuidados maternos exercem forte impacto sobre a saúde da criança e tem grande influência na formação de seus hábitos alimentares. Normalmente, mães com hábitos alimentares inadequados dificilmente irão estabelecer uma alimentação infantil adequada. A nutrição no início da vida afeta não apenas o desenvolvimento cerebral, crescimento e composição corporal, mas também a programação metabólica, tendo impacto sobre doenças crônicas do adulto.

**Conclusão:** A introdução adequada e no tempo oportuno da alimentação complementar traz inúmeras vantagens para a saúde da criança e para a formação de seus hábitos alimentares, assim como a continuação do aleitamento materno até os dois anos de idade, mantendo os fatores de proteção. A atuação dos profissionais de saúde, principalmente do nutricionista, se faz importante na promoção da saúde da criança, cabendo a esses profissionais o incentivo à introdução alimentar apropriada.

**Palavras-chave:** Alimentação complementar; Aleitamento materno; Desmame; Nutrição do lactente; Hábitos alimentares.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the literature the influence of maternal knowledge in the introduction of complementary feeding.

**Methods:** It is a literature review, with emphasis on the last 12 years, using scientific articles published in journals indexed in databases *SciELO*, *Lilacs*, *Capes* and *Google Scholar*, in Portuguese and English. Were selected randomized clinical trials, observational, experimental, epidemiological, among others, with statistical significance of 5%.

**Results and Discussion:** There are beliefs and practices impregnated in Brazilian culture that show conflicting with recommendations for infant feeding. Maternal care exert a strong impact on children's health and has great influence in forming their eating habits. Usually, mothers with poor eating habits will hardly establish a proper infant feeding. Nutrition in early life affects not only brain development, growth and body composition, but also the metabolic programming, having an impact on chronic diseases in adults.

**Conclusion:** The introduction of appropriate and timely complementary feeding brings countless advantages for the child's health and the training of your eating habits, as well as continued breastfeeding up to two years of age, keeping protective factors. The acting of health care professionals, especially nutritionists, becomes important in the promotion of child health, fitting to these professionals the incentive to introduce appropriate food.

**Keywords:** Complementary feeding; Breastfeeding; Weaning; Infant nutrition; Food habits.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados com a criança nos primeiros meses de vida são fundamentais, pois esse é um período em que se encontra muito vulnerável devido à fase de rápido crescimento e dependente de cuidados maternos. A criança pequena é um dos grupos mais vulneráveis aos erros, deficiências e excessos alimentares, com consequências em seu estado nutricional, como a desnutrição, a deficiência de micronutrientes ou o sobrepeso. Durante essa fase, a alimentação assume um papel importante para assegurar o crescimento e desenvolvimento adequados<sup>1,2</sup>.

Após o sexto mês de vida as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas somente com o leite materno, sendo necessária a introdução de outros alimentos. A partir desse período, a

criança já tem a maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos, que são chamados alimentos complementares<sup>3,4</sup>.

O alimento complementar é qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite materno, oferecido à criança ainda amamentada<sup>5</sup>. Mesmo com a introdução de outros alimentos, a criança deve continuar a ser amamentada até os dois anos de idade, pois a função da alimentação complementar é exatamente complementar o leite materno, e não substituí-lo. Estimativas recentes sobre as principais causas de morte de crianças em todo o mundo mostram que muitos óbitos poderiam ser prevenidos com a combinação de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e práticas adequadas de alimentação complementar<sup>4,6</sup>.

Os alimentos complementares são subdivididos em duas categorias: alimentos transicionais –aqueles preparados exclusivamente para a criança e modificados para atender suas habilidades e necessidades – e alimentos complementares não modificados e consumidos pelos demais membros da família e que não recebem denominação específica, podendo ser classificados como alimentos familiares<sup>7</sup>.

Estudos mostram que, entre grupos de crianças com distintas práticas alimentares, o crescimento infantil mantém-se similar a padrões de referência até aproximadamente quatro meses de idade, iniciando então um progressivo declínio. Este declínio coincide com o período usual de introdução dos alimentos complementares<sup>8</sup>.

A introdução alimentar sofre influência de diversos fatores, entre os quais se destaca a interação materna, pois constitui elemento fundamental nos cuidados com a criança<sup>9</sup>. Os cuidados maternos são fundamentais para a saúde da criança e podem ser influenciadas pela qualidade das informações em saúde, a escolaridade e idade da mãe, o aprendizado e as experiências maternas, além do tempo disponível para os cuidados com o filho<sup>10,11</sup>.

As crenças e tabus maternos tendem a trazer prejuízos à alimentação da criança por limitar o uso de alimentos importantes para seu crescimento e desenvolvimento, apesar de esses alimentos, normalmente, estarem localmente disponíveis e serem consumidos pela família<sup>8</sup>. Além disso, as práticas de alimentação da criança são influenciadas diretamente pelo ambiente alimentar, por informações fornecidas pelos profissionais de saúde, assim como pela mídia, principalmente através da veiculação de propagandas de fabricantes de alimentos<sup>12</sup>.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras e Distrito Federal no ano de 2009, houve uma prevalência de introdução precoce de água, chás e outros leites já no primeiro mês de vida. Encontrou-se também o consumo elevado de café, refrigerantes e especialmente bolachas e salgadinhos entre crianças de 9 a 12 meses. Com base nesses dados, pode-se afirmar que o processo de introdução de alimentos complementares não é oportuno e é inadequado do ponto de vista energético e nutricional<sup>13</sup>.

O objetivo do presente estudo foi investigar, mediante revisão bibliográfica, a influência dos conhecimentos maternos sobre a introdução da alimentação complementar.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura, com ênfase nos últimos 12 anos, utilizando-se artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados *SciELO*, *Lilacs*, *Capex* e *Google Scholar*, nos idiomas português e inglês, por meio dos descritores: aleitamento materno, alimentação complementar, desmame, nutrição do lactente e hábitos alimentares. Foram selecionados estudos clínicos randomizados, observacionais, experimentais, epidemiológicos, entre outros, com significância estatística de 5%.

Foram analisados e selecionados artigos observando-se o ano de publicação (2000-2012), a fonte, a população estudada, a metodologia utilizada, o instrumento de avaliação e a coleta de dados. Foram excluídos estudos que não trataram especificamente do tema, artigos anteriores ao ano 2000 e artigos em idioma diferente de português e inglês.

Ao todo foram utilizados 31 referências, a saber: 28 artigos científicos, sendo 20 (71,42%) artigos originais e 8 (28,57%) artigos de revisão, 01 livro e 02 publicações do Ministério da Saúde. Com relação ao ano de publicação, 1 (3,57%) artigo foi publicado em 2000, 2 (7,14%) em 2003, 3 (10,71%) em 2004, 1 (3,57%) em 2005, 1 (3,57%) em 2006, 4 (14,28%) em 2007, 1 (3,57%) em 2008, 6 (21,42%) em 2009, 5 (17,85%) em 2010, 3 (10,71%) em 2011 e 1 (3,57%) em 2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Conhecimentos maternos e a introdução da alimentação complementar

Existem algumas crenças e práticas que ainda estão impregnadas à cultura brasileira mostrando-se conflitivas com as recomendações para alimentação do lactente. De acordo com Almeida 2002, citado por Gomes e Nakano<sup>14</sup>, no Brasil é comum a prática de oferecer a criança água para saciar a sede; chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar de diferentes doenças. Essa crença de que o leite materno não é completo para suprir as necessidades da criança, resulta na introdução de outros leites não maternos e alimentos complementares antes do tempo apropriado.

Os cuidados maternos exercem forte impacto sobre a saúde da criança e estão diretamente relacionados às informações em saúde, idade e grau de escolaridade da mãe, além do tempo dispensado a

esses cuidados. Um suporte dos serviços de saúde dirigido a essas mães pode contribuir significativamente para melhorar a condução do processo alimentar dos filhos<sup>9</sup>.

A inserção da mulher no mercado de trabalho e, conseqüentemente, a busca por instituições destinadas ao cuidado e educação de seus filhos podem causar impacto importante na alimentação dessas crianças. Normalmente, nessas instituições, os cardápios são monótonos, com predominância de leites artificiais, introdução precoce de açúcar, enlatados, embutidos, doces, entre outros alimentos industrializados<sup>15</sup>.

Apesar de todas as evidências científicas que dão suporte teórico à política de alimentação e nutrição infantil, resultados de pesquisas e a prática profissional revelam, que as decisões das mães acerca da alimentação do filho não seguem exatamente as recomendações dos órgãos de saúde<sup>11</sup>.

A formação dos hábitos alimentares tem como maior influência a interação da criança com a própria mãe ou com a pessoa mais ligada a sua alimentação, além do ambiente doméstico, das condições socioeconômicas e das relações familiares. Desse modo, a família determina as práticas de alimentação, favorecendo o estabelecimento de um padrão de comportamento alimentar infantil adequado ou não. Mães com hábitos alimentares inadequados dificilmente irão estabelecer uma alimentação infantil adequada<sup>16</sup>.

Conforme o estudo de Corrêa et al.<sup>10</sup>, as mães que residem em domicílios com mais de quatro pessoas, aquelas com escolaridade inferior a oito anos de estudo e as que exerciam atividade fora do lar apresentam mais chances de oferecer alimentos do grupo gorduras, doces, lácteo, amido, panificação, vegetais e frutas, sendo que leite e frutas foram oferecidos antes dos seis meses, interrompendo o aleitamento materno exclusivo, e os outros alimentos antes dos seis meses.

Verifica-se que as crianças das áreas rurais são ainda mais amamentadas do que as das áreas urbanas. A amamentação parece ser um processo mais difícil para as mães que residem na área urbana, por estas sofrerem pressões do trabalho fora do lar e da modernização. A introdução precoce dos alimentos complementares tem sido associada à opinião contrária das avós, à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, à baixa escolaridade materna e à renda familiar, à idade materna inferior a 20 anos, ao uso de chupetas e de mamadeiras<sup>7</sup>.

Os padrões de amamentação podem variar de sociedade para sociedade. Mães de alta renda de países desenvolvidos normalmente amamentam seus filhos por períodos mais longos que mães de alta renda de países em desenvolvimento; nestes países, mães de baixa renda são as que amamentam seus filhos por períodos mais longos<sup>17</sup>.

### **Introdução precoce da alimentação complementar**

Os malefícios da introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de idade ultrapassam, em muito, qualquer benefício em potencial desta prática<sup>14</sup>.

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos pode ser desvantajosa, pois diminui a duração do aleitamento materno, interferindo na absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco, aumentando o risco de contaminação e de reações alérgicas<sup>12,18</sup>.

Oferecer à criança alimentos que não o leite materno antes do sexto mês de vida é em geral desnecessário e pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, que podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimental e motor<sup>1,19</sup>.

Mais recentemente, tem-se associado a introdução precoce da alimentação complementar com o desenvolvimento de doenças atópicas, como a asma. O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma, e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas<sup>18,20</sup>.

A introdução precoce dos alimentos complementares pode levar à interrupção do desenvolvimento motor-oral adequado, que é adquirido durante o período de aleitamento materno, pois a sucção durante o aleitamento materno promove o desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulares quanto à mobilidade e postura e das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala<sup>7</sup>.

O principal argumento contra a introdução precoce dos alimentos complementares é o aumento da morbimortalidade, especialmente em locais com condições precárias de higiene. O consumo precoce dos alimentos complementares diminui a ingestão de leite materno e, conseqüentemente, a criança recebe menos fatores de proteção<sup>5</sup>.

### **Introdução tardia da alimentação complementar**

A introdução tardia de alimentos também é desfavorável, de modo que não atende às necessidades energéticas do lactente e leva à desaceleração do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes<sup>12</sup>. O prolongamento do aleitamento materno exclusivo após o sexto mês de vida está associado, principalmente, a deficiências de energia, proteína, ferro, zinco e vitamina A<sup>21</sup>.

A anemia resultante da deficiência grave de ferro é o problema nutricional em crianças pequenas mais prevalente e difundido nos países em desenvolvimento. No primeiro ano de vida, essa deficiência tem consequências preocupantes, em virtude de seu papel na neurogênese e na diferenciação de certas células e regiões cerebrais<sup>6</sup>. A reserva hepática de ferro se esgota por volta do sexto mês de vida, e o leite materno é relativamente pobre em ferro, apesar da excelente biodisponibilidade. A partir daí aumenta o risco de anemia, a criança continua crescendo, porém de forma mais lenta, o que faz com que ela se afaste cada vez mais da curva de referência<sup>21</sup>.

O impacto da amamentação prolongada no estado nutricional da criança pode variar de acordo com a população. As crianças de nível socioeconômico mais baixo, por exemplo, quando amamentadas por um tempo maior, apresentaram um estado nutricional mais adequado<sup>22</sup>.

### **Recomendações nutricionais para introdução alimentar adequada**

O período considerado ideal para a introdução alimentar é aos seis meses de vida e são muitos os benefícios da introdução em tempo oportuno da alimentação complementar<sup>23</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde, a introdução de alimentos complementares deve ser feita de forma lenta e gradual. Com a introdução do alimento, a criança deve continuar a ser amamentada até os 24 meses. Essas práticas asseguram o bom desenvolvimento físico, neurológico e motor da criança<sup>4,24</sup>.

Uma alimentação complementar adequada é composta de alimentos ricos em energia e micronutrientes (principalmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação

(isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), sem excessos de sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança. Também devem ser preparados em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável para a família<sup>18,25</sup>.

Para assegurar que as necessidades nutricionais da criança sejam satisfeitas os alimentos complementares devem ser: introduzidos no momento certo, ou seja, quando a necessidade por energia e nutrientes exceda o que pode ser provido por aleitamento materno exclusivo; adequados, o que significa, devem fornecer energia, macro e micronutrientes que satisfaçam às necessidades nutricionais de uma criança em crescimento; sejam seguros do ponto de vista higiênico-sanitário e sejam adequadamente ministrados, ofertados de acordo com os sinais de apetite e saciedade da criança. A frequência das refeições deve ser adequada à idade da criança<sup>8</sup>.

Ao completar 6 meses deve ser oferecido à criança 3 refeições/dia com alimentos complementares, além de oferecer água nos intervalos das refeições. Essas refeições constituem-se em duas papas de frutas e uma salgada, preparada com legumes e verduras, cereal ou tubérculo, alimento de origem animal (carne, vísceras, miúdos, frango, ovo) e feijões. Ao completar 7 meses, essas refeições constituem-se em duas papas salgadas e duas de fruta. A partir dos 8 meses de idade, a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que sem temperos picantes, sem alimentos industrializados, com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços. A partir de 1 ano de idade, a criança passa a receber os alimentos em consistência normal<sup>4</sup>.

As crianças tendem a preferir os alimentos da maneira como eles foram apresentados inicialmente e esses hábitos geralmente persistem até a idade adulta. Por isso, é recomendável que sejam oferecidos inicialmente à criança alimentos com baixos teores de açúcar e de sal<sup>18</sup>.

A adoção de práticas alimentares adequadas nos primeiros anos de vida é de extrema importância, pois esse é o período em que os hábitos alimentares são estabelecidos e continuarão na adolescência e na idade adulta<sup>1</sup>.

## Programação metabólica, aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar

Atualmente, há evidências de que a alimentação inadequada durante a primeira infância traz consequências importantes na condição de saúde a longo prazo, podendo ser um dos fatores que justifica o aparecimento das doenças crônicas na idade adulta, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2<sup>2,26</sup>.

O termo “*imprinting*” metabólico descreve um fenômeno pelo qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico e específico do desenvolvimento, pode acarretar um efeito duradouro, persistente ao longo da vida do indivíduo, predispondo-o a determinadas doenças<sup>27</sup>.

O “*imprinting*” metabólico poderia ocorrer através de alguns potenciais mecanismos, como a indução de variações na estrutura de determinados órgãos (modificações na vascularização, inervação ou justaposição dos diferentes tipos celulares dentro do órgão), alterações no número de células e diferenciação metabólica (alterações na expressão de determinados genes, acarretando variações na produção de enzimas, hormônios, receptores hormonais, transportadores transmembrana, etc.)<sup>28</sup>.

Quando se fala em fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade, até pouco tempo atrás eram citados apenas os fatores genéticos e ambientais. Contudo, atualmente se considera a programação como um dos mais importantes. Dentre esses fatores, o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar são itens que demonstram grande impacto na prática, de acordo com a literatura. A prática do aleitamento materno pode ser considerada a iniciativa mais importante entre todas quando o assunto é prevenção de obesidade. Diversos estudos demonstram que, de forma direta ou indireta, o aleitamento materno reduz de 20 a 30% o risco de obesidade. As práticas de alimentação saudável também têm papel fundamental na prevenção de doenças em longo prazo<sup>29</sup>.

De acordo com o conceito proposto por Lucas 1998 e citado por Brasil<sup>30</sup>, a programação metabólica associa doenças na vida adulta, como diabetes, hipertensão arterial e obesidade, com alterações fisiológicas durante o período de gestação e lactação. Este mesmo autor também propõe que a nutrição inadequada nas fases iniciais da vida pode, igualmente, provocar alterações na programação de órgãos e sistemas.

A nutrição no início da vida afeta não apenas o desenvolvimento cerebral, crescimento e composição corporal, mas também a programação metabólica, tendo impacto sobre doenças crônicas do adulto relacionadas com a dieta, imunidade, capacidade para o trabalho físico, e desempenho educacional e cognitivo<sup>31</sup>.

## CONCLUSÃO

Com base na recente revisão, constatou-se a importância da introdução adequada e no tempo oportuno da alimentação complementar, devido às inúmeras vantagens para a saúde da criança e para a formação de seus hábitos alimentares. Os conhecimentos, crenças e tabus maternos tendem a desempenhar uma grande influência na introdução alimentar. Observa-se que ainda existem inúmeros fatores que entram em conflito com as recomendações nutricionais acerca da introdução da alimentação complementar, influenciando nas decisões maternas. Nota-se também que a introdução alimentar inadequada traz importantes consequências na saúde da criança a curto e a longo prazo, podendo acarretar doenças crônicas na idade adulta. A atuação dos profissionais de saúde, principalmente do nutricionista, se faz importante na promoção da saúde da criança, cabendo a eles o incentivo à introdução alimentar apropriada e a disseminação de informações sobre a introdução correta da alimentação complementar.

## REFERÊNCIAS

1. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6(1).
2. Barbosa MB, Palma D, Domene SMA, Taddei JAAC, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27(3): 272-81.
3. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(2).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, Distrito Federal. 2010.
5. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J. Pediatr*. 2000; 76 (Supl.3): 253-62.
6. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2): 305-16.
7. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev Nutr Campinas*. 2010; 23(3): 475-86.
8. Barros RMM, Seyffarth AS. Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar – impacto de uma atividade educativa. *Com. Ciências Saúde*. 2008; 19(3): 225-31.
9. Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife. 2007; 7(4): 373-80.
10. Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27(3): 258-64.
11. Salve JM, Silva IA. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(1): 43-8.
12. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr*. 2007; 83(1): 53-8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim ENPACS - Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável. Brasília, Distrito Federal. 2011.
14. Gomes PTT, Nakano AMS. Introdução à alimentação complementar em crianças menores de seis meses atendidas em dia nacional de campanha de vacinação. *Revista Salus-Guarapuava-PR*. 2007; 1(1): 51-8.
15. Golin CK, Toloni MHA, Longo-Silva G, Taddei JAAC. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(1): 35-40.
16. Lima APE, Javorski M, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(5): 912-8.
17. Santos Neto ET, Faria CP, Barbosa ML, Oliveira AE, Zandonade E. Association between food consumption in the first months of life and socioeconomic status: a longitudinal study. *Rev Nutr*. 2009; 22(5): 675-85.
18. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr*. 2004; 80(5Supl):131-41.
19. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev Nutr*. 2010; 23(6): 983-92.
20. Strassburger SZ, Vitolo MR, Bortolini GA, Pitrez PM, Jones MH, Stein RT. Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. *J Pediatr*. 2010; 86(5): 391-9.

21. Euclides MP. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação saudável. 3 ed. Viçosa (MG): UFV; 2005.
22. Uchimura TT, Uchimura NS, Furlan J, Oliveira C. Aleitamento materno e alimentação complementar em crianças de duas creches de Maringá-PR. *CiêncCuidSaúde*, Maringá. 2003; 2(1): 25-30.
23. BrunkenGS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *J Pediatr*. 2006; 82(6): 445-51.
24. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev. Nutr., Campinas*. 2005; 18(4): 459-69.
25. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr*. 2010; 86(3): 196-201.
26. Balaban G, Silva GAP, Dias MLCM, Dias MCM, Fortaleza GTM, Morotó FMMet al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? *RevBras Saúde MaternInfant*, Recife. 2004; 4 (3): 263-8.
27. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1): 60-9.
28. BalabanG, Silva GAP. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *J Pediatr*. 2004; 80(1): 7-16.
29. Souza FS, Taralli G. Programação Metabólica e Prevenção da Obesidade. *Pediatria Moderna*. 2012; 48(6).
30. Brasil FB. Os efeitos da restrição alimentar materna durante o período de lactação em diferentes sistemas orgânicos da prole em ratos. *Acta Scientiae Medica [online]*. 2010; 3(1): 26-32.
31. Vieira RW, Dias RP, Coelho SC, Ribeiro RL. Do Aleitamento Materno à Alimentação Complementar: Atuação do Profissional Nutricionista. *Saúde & Amb. Rev, Duque de Caxias*. 2009; 4(2): 1-8.



# Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil

## Influential aspects of the introduction of infant food

## Aspectos que influyen en la introducción de alimentos en la infancia

*Nathalia Kellen Lucas de Melo\** 

*Raelly Stephane do Carmo Antonio\** 

*Letícia Siqueira Falce Passos\** 

*Renata Maria Moreira Moraes Furlan\** 

### Resumo

**Introdução:** O Ministério da Saúde recomenda que a introdução alimentar infantil seja feita aos 6 meses de idade, porém, observa-se que muitas famílias introduzem alimentos antes dessa faixa etária, o que pode prejudicar a saúde da criança. Isso pode ocorrer devido às crenças existentes, experiências prévias da família, entre outros fatores de ordem social e cultural. **Objetivo:** Investigar aspectos influenciadores da introdução alimentar de crianças. **Métodos:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, com amostra não probabilística, de conveniência. Foram incluídos no estudo 22 pais ou responsáveis de crianças com idade até 24 meses. Foi aplicado um questionário com os pais ou responsáveis que continha perguntas relacionadas à criança, à família e aos fatores socioculturais; introdução alimentar; e crenças e conhecimentos sobre introdução alimentar. **Resultados:** Houve prevalência de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de 31,8% e introdução alimentar em tempo oportuno de 45%. Os resultados demonstram correlação entre escolaridade, renda, presença de plano de saúde e ocupação dos pais fora de casa com conhecimento sobre alimentação complementar. Encontrou-se também correlação entre o conhecimento dos pais e tempo de aleitamento materno exclusivo e tempo em que foi introduzida alimentação complementar. **Conclusão:** A partir dos resultados pode-se inferir que o nível de instrução, a ocupação e a renda familiar exercem influência no conhecimento dos pais sobre introdução alimentar. E que este conhecimento influencia a duração do aleitamento materno exclusivo e a época da introdução alimentar.

\* Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Belo Horizonte – MG, Brasil.

### Contribuição dos autores:

NKLM e RSCA: responsáveis pela concepção e delineamento do estudo, pela coleta, tabulação, análise e interpretação dos dados, bem como elaboração do manuscrito;

RMMMMF e LSFP: responsáveis pela orientação geral das etapas de execução e revisão do artigo.

**E-mail para correspondência:** Renata Maria Moreira Moraes Furlan - renatamfurlan@gmail.com

**Recebido:** 28/05/2020

**Aprovado:** 05/10/2020



**Palavras-chave:** Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente; Comportamento Alimentar; Alimentação mista; Lactente; Características Culturais; Fatores Socioeconômicos; Conhecimento.

### **Abstract**

**Introduction:** The Ministry of Health recommends that the introduction of infant food be made at 6 months of age; however, it is observed that many families introduce food before this age group, which can harm the child's health. This may be due to existing beliefs, previous family experiences, and other social and cultural factors. **Objective:** To investigate aspects that influence the food introduction for children. **Methods:** The present study is a cross-sectional, quantitative research, with a non-probabilistic, convenience sample. The study included 22 parents or guardians of children aged up to 24 months. A questionnaire containing questions related to the child, the family and socio-cultural factors and questions about food introduction, beliefs and knowledge about this introduction, was applied with the parents or guardians. **Results:** There was a prevalence of exclusive breastfeeding up to 6 months of 31.8% and right timely feeding of 45%. The results show a correlation between schooling, income, health insurance and occupation of parents outside the home with knowledge about complementary feeding. A correlation was also found between the parents' knowledge and the duration of exclusive breastfeeding and the time when complementary feeding was introduced. **Conclusion:** From the results, it can be inferred that the level of education, occupation and family income influence the parents' knowledge about food introduction. And that this knowledge influences the duration of exclusive breastfeeding and the timing of food introduction.

**Keywords:** Infant Nutritional Physiological Phenomena; Feeding Behavior; Mixed Feeding; Infant; Cultural Characteristics; Socioeconomic Factors; Knowledge.

### **Resumen**

**Introducción:** El Ministerio de Salud recomienda la introducción de alimentos para bebés a los 6 meses de edad, sin embargo, se observa que muchas familias introducen alimentos antes de este grupo de edad, lo que puede dañar la salud del niño. Esto puede deberse a creencias existentes, experiencias familiares previas, entre otros factores sociales y culturales. **Objetivo:** investigar aspectos que influyen en la introducción de alimentos en los niños. **Métodos:** Este estudio es una investigación transversal, cuantitativa, con una muestra de conveniencia no probabilística. El estudio incluyó a 22 padres o tutores de niños de hasta 24 meses. Se aplicó un cuestionario con los padres o tutores que contenía preguntas relacionadas con el niño, la familia y factores socioculturales; introducción de alimentos; y creencias y conocimientos sobre la introducción de alimentos. **Resultados:** hubo una prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta 6 meses de 31,8% y alimentación oportuna de 45%. Los resultados demuestran una correlación entre escolaridad, ingresos, presencia de seguro de salud y ocupación de padres fuera del hogar con conocimiento sobre alimentación complementaria. También se encontró una correlación entre el conocimiento de los padres y el tiempo de lactancia materna exclusiva y el momento en que se introdujo la alimentación complementaria. **Conclusión:** a partir de los resultados, se puede inferir que el nivel de educación, la ocupación y el ingreso familiar influyen en el conocimiento de los padres sobre la introducción de alimentos. Y que este conocimiento influye en la duración de lactancia materna exclusiva y el tiempo de introducción de alimentos.

**Palabras clave:** Fenómenos Fisiológicos Nutricionales del Lactante; Conducta Alimentaria; Alimentación Mixta; Lactante; Características Culturales; Factores Socioeconómicos; Conocimiento

## Introdução

Nos últimos anos, tem-se discutido muito a respeito da importância do aleitamento materno e consequentemente surgem questionamentos com relação à alimentação complementar para os bebês. Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), as crianças só devem começar a ingerir alimentos, além do leite materno, após os seis meses de idade<sup>1</sup>. Assim sendo, a introdução de qualquer alimento antes dessa idade é considerada precoce. A recomendação para a alimentação complementar, a partir dos seis meses, parte do pressuposto que até essa idade a criança não precisa de nenhum outro alimento que não seja o leite materno<sup>2</sup>. Outro motivo para que a complementação seja feita dessa forma é o desenvolvimento motor da criança, pois aos seis meses a criança consegue sustentar tronco e coluna cervical, sendo capaz de ficar sentada sem apoio, e os movimentos de língua e mandíbula são mais apropriados para a mastigação<sup>3</sup>.

É importante que a introdução de alimentos não ocorra de maneira precoce, visto que o desenvolvimento das estruturas, estáticas e dinâmicas, que compõem o sistema estomatognático está diretamente relacionado aos estímulos de sucção que estão presentes na amamentação<sup>4,5</sup>. O sistema estomatognático é responsável pelas funções de sucção, respiração, deglutição, fala e mastigação<sup>6</sup>. Por isso, estímulos adequados realizados durante a amamentação promovem o correto desenvolvimento das demais funções orofaciais da criança<sup>4</sup>.

Pesquisas apontam que crianças que receberam alimentos antes do período adequado foram mais suscetíveis a doenças<sup>7</sup>, desnutrição<sup>2</sup> e obesidade<sup>8</sup>. Além dos prejuízos que são notados em curto prazo, de acordo com a OMS existem consequências em longo prazo, tais como, fraco desempenho escolar, produtividade diminuída e menor desenvolvimento intelectual e social<sup>9</sup>. Uma pesquisa verificou que indivíduos que foram amamentados apresentaram melhores resultados nos testes cognitivos, evidenciando uma correlação entre a amamentação e o desenvolvimento da inteligência<sup>10</sup>.

Como já constatado por alguns estudos, a introdução de alimentos na dieta infantil ocorre muitas vezes de maneira precoce<sup>11-13</sup>. Isso está frequentemente associado às crenças que permeiam a alimentação da criança<sup>2</sup> e também a uma possível dificuldade de compreensão ou mesmo

de assimilação das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde aos pais, fazendo com que eles se esqueçam das orientações ou prefiram não segui-las<sup>13</sup>.

Ainda é possível notar que as mães se sentem mais seguras ao oferecer alimentos às crianças, uma vez que, durante o preparo das refeições, elas têm total domínio do que será dado à criança, como será oferecido, e ainda podem ter controle sobre a quantidade de alimento ingerido pela criança; o mesmo não acontece com o leite materno, pois sua produção é mediada por processos fisiológicos e hormonais que muitas vezes não são compreendidos pelas mães<sup>14</sup>.

A escolha dos alimentos que irão compor a dieta da criança também se relaciona com o poder de compra da família<sup>15</sup>. Dessa maneira, a alimentação da criança deve ser entendida como um fenômeno de ordem sociocultural e econômica, visto que, para escolher os alimentos e o momento em que eles serão oferecidos, os pais ou responsáveis consideram as experiências já vividas, o valor comercial dos alimentos disponíveis no mercado e outros fatores de ordem social e cultural<sup>2,14</sup>.

Além das questões nutricionais, o modo como os alimentos são oferecidos à criança no período de alimentação complementar merece atenção. Nesse contexto, o fonoaudiólogo tem papel relevante, com olhar direcionado à prevenção de alterações funcionais do sistema estomatognático e de distúrbios alimentares infantis como a recusa ou seletividade alimentar<sup>16</sup>. O Ministério da Saúde recomenda que a introdução alimentar seja realizada inicialmente na consistência pastosa, porém com os alimentos amassados com garfo e não peneirados ou batidos no liquidificador e que os alimentos sejam apresentados separados, ao invés de misturados<sup>17</sup>. Esta recomendação é favorável ao desenvolvimento do paladar e olfato, possibilita experiências sensoriais e o aprendizado da mastigação. Outra abordagem de introdução alimentar, denominada *Baby Led Weaning* (BLW), tem ganhado popularidade na última década<sup>18</sup>. O BLW preconiza a oferta de alimentos em pedaços maiores e autonomia da criança para ingeri-los, não sendo, portanto, utilizados talheres<sup>18-20</sup>. Dentre as vantagens deste método citam-se a maior possibilidade de exploração de sabor, textura, cor e cheiro de cada alimento, maior autonomia da criança e desenvolvimento da coordenação visuomotora. Independente da forma que a família adotar para a

introdução alimentar, são orientações realizadas por fonoaudiólogos: respeitar a autonomia da criança, permitir que ela manipule os alimentos, inseri-la nos momentos e ambientes de refeição em família e oferecer consistências compatíveis com o nível de desenvolvimento motor oral da criança<sup>21</sup>.

Embora existam muitos estudos que investigam aspectos influenciadores da amamentação, são escassos os que abordam introdução alimentar infantil, especialmente no que diz respeito ao modo como os alimentos são oferecidos à criança. Sendo assim, o presente estudo busca esclarecimentos sobre a realização do processo de introdução alimentar em crianças, fornecendo dados que permitirão aos profissionais de saúde abordar os pais/responsáveis de forma mais eficaz. Para isso, o objetivo desta pesquisa foi investigar os aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil.

## Material e método

O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, com amostra não probabilística, de conveniência, realizada em três escolas da rede privada de ensino das cidades de Belo Horizonte e Contagem. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Metodista Izabela Hendrix sob o parecer nº 3.180.360.

Foram incluídos no estudo 22 pais ou responsáveis de crianças, sendo 12 (54,5%) de crianças do sexo masculino e 10 de crianças (45,5%) do feminino. A maioria das crianças (81%) tinha idade entre 13 e 24 meses. Constituíram os critérios de inclusão: ter pelo menos um filho com idade entre 0 e 2 anos com ausência de síndromes, aceitar participar da pesquisa, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e ter disponibilidade para responder a um questionário. Foram excluídos do estudo os participantes que responderam menos do que 80% dos itens do questionário.

O recrutamento dos participantes foi realizado via e-mail e por bilhete, sendo intermediado pelas escolas. Para realização da coleta de dados foi utilizado um questionário elaborado especificamente para este estudo (Quadro 1), o qual foi entregue aos pais/responsáveis e recolhido, com as respostas, dentro de um período de quatro dias.

O questionário compunha-se de três blocos de perguntas. No bloco I constavam questões sobre aspectos pessoais da criança e da família, e socioculturais: idade e sexo da criança, data de nascimento,

peso ao nascer, idade gestacional, idade da mãe, duração da licença maternidade, trabalho dos pais fora de casa, escolaridade dos pais, renda familiar e plano de saúde da família. No bloco II, constavam questões sobre o processo alimentar da criança: a idade máxima de alimentação exclusiva pelo leite da mãe, a idade máxima de amamentação, idade de início da oferta de alimentos; questionou-se se a oferta de alimentos, no momento em questão, era feita com alimentos separados ou misturados, a consistência do alimento no início da introdução, se a criança manipulava o alimento, se a criança se alimentava assistindo à televisão e/ou brincando e/ou mexendo no telefone, se fazia uso de mamadeira, se fazia uso de chupeta e se as refeições eram feitas junto com a família. No bloco III, os pais/responsáveis respondiam questões relacionadas ao conhecimento e crenças sobre alimentação infantil.

O questionário foi desenvolvido pelas autoras da presente pesquisa, sendo três fonoaudiólogas e uma nutricionista, e teve por base o Manual com Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica, desenvolvido pelo Ministério da Saúde<sup>22</sup>, os dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos<sup>17</sup> e o documento que apresenta os indicadores para avaliação das práticas de alimentação de lactentes e crianças, publicado pela Organização Mundial da Saúde<sup>23</sup>.

Após a coleta de dados, os resultados foram transcritos para uma planilha do Microsoft® Excel. Os dados nominais foram alterados para um código de letras/números, garantindo o sigilo dos dados pessoais dos entrevistados. Além disso, a partir das perguntas sobre o conhecimento e crenças referentes à introdução alimentar infantil, foi calculado o escore, quantificando as respostas compatíveis com as orientações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, sendo 1 ponto para cada resposta dada conforme o que é preconizado. Sendo assim a menor pontuação possível de ser obtida no questionário era zero e a maior, 10. Os resultados foram submetidos à análise, com a finalidade de descrever a amostra, em que se realizaram medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas e análise de frequência para as variáveis categóricas. Duas crianças ainda não haviam sido submetidas à introdução alimentar, pois tinham um e dois meses de idade. Estas não foram incluídas nas análises de associação das

**Quadro 1.** Questionário aplicado aos pais ou responsáveis

<b>BLOCO I - DADOS DO SEU FILHO, DA FAMÍLIA E SOCIOCULTURAIS</b>		
1 - Sexo da criança: ( ) Feminino ( ) Masculino    2 - Data de Nascimento ____/____/____    3 - Idade da criança: _____		
4 - Nasceu de quantas semanas? _____    5 - Peso ao nascer: _____		
6 - Fez pré-natal? ( ) Sim ( ) Não    7 - Se fez o pré-natal, teve quantas consultas? _____		
8 - Idade da mãe: _____    9 - Profissão da mãe: _____		
10 - Mãe autônoma ou carteira assinada? _____		
11 - Se possui carteira assinada, quanto tempo obteve de licença maternidade? _____		
12 - Idade do pai: _____    13 - Profissão do pai: _____		
14 - Os pais trabalham fora de casa? ( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes		
15 - Se sim, quando precisa, quem cuida da criança? (se necessário, marcar mais de uma opção) ( ) Família ( ) Amigos ( ) Creche/Escola ( ) Babá		
16 - Escolaridade da mãe: ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Completo		
17 - Escolaridade do pai ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Completo		
18 - Quantas pessoas moram na casa? _____		
19 - Qual o grau de parentesco das pessoas que moram com você? (exemplo: tio, irmão, marido, filho) _____		
20 - Renda Familiar: ( ) Entre 1 e 2 salários mínimos ( ) Entre 2 e 4 salários mínimos ( ) Acima de 5 salários mínimos		
21 - A família possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não		
22 - O desenvolvimento da criança é acompanhado regularmente pelo pediatra ou outro profissional? ( ) Sim ( ) Não		
23 - Quando é necessário atendimento referente à saúde da criança, você utiliza qual rede de saúde na maioria das vezes? ( ) Pública ( ) Privada		
<b>BLOCO II - INTRODUÇÃO ALIMENTAR</b>		
1 - A criança está ou já esteve alimentando-se APENAS de leite materno? ( ) Não ( ) Sim		
2 - Até que idade se alimentou APENAS pelo leite da mãe? _____		
3 - A criança mama ou já mamou no peito? ( ) Não ( ) Sim    Se sim, até qual idade? _____		
4 - A criança toma ou já tomou leite de caixinha? ( ) Não ( ) Sim		
5 - A criança se alimentou de fórmula infantil? ( ) Não ( ) Sim		
6 - Se a criança já se alimenta com alimentos sólidos, como é atualmente realizada a oferta de alimentos? ( ) Misturados ( ) Separados		
7 - Como era a consistência do alimento no início da introdução alimentar? ( ) Em pedaços ( ) Amassados ( ) Peneirada ( ) Liquidificada ( ) Caldo		
8 - E hoje, como é a consistência? ( ) Em pedaços ( ) Amassados ( ) Peneirada ( ) Liquidificada ( ) Caldo		
9 - Qual é a posição em que a criança se alimenta ou é alimentada? ( ) No colo ( ) No sofá ( ) Na cadeirinha ( ) No chão		
10 - Quais os utensílios utilizados nas refeições? ( ) Colher de plástico ou silicone ( ) Colher de metal ( ) Prato ( ) Copo com bico ( ) Mamadeira ( ) Copo ( ) Outros: _____		
11 - A criança manipula o alimento com as mãos? ( ) Não ( ) Sim		
12 - A criança tem costume de se alimentar vendo TV, brincando ou mexendo no telefone? ( ) Não ( ) Sim		
13 - A criança faz uso de mamadeira? ( ) Não ( ) Sim		
14 - A criança faz uso de chupeta? ( ) Não ( ) Sim		
15 - As refeições da criança são feitas junto com a família? ( ) Não ( ) Sim ( ) Às vezes		
16 - Onde você busca informações sobre introdução alimentar? ( ) Família ( ) Médico ( ) Internet ( ) TV ( ) Amigos ( ) Outros		
<b>BLOCO III - CONHECIMENTO E CRENÇAS SOBRE INTRODUÇÃO ALIMENTAR</b>		
1 - Você considera o leite materno fraco? ( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes		
2 - Você considera o iogurte um alimento saudável? ( ) Sim ( ) Não		
3 - O primeiro alimento sólido do bebê precisa ser a papinha? ( ) Sim ( ) Não		
4 - Se a criança recusar o alimento duas vezes quer dizer que ela não gosta? ( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes		
5 - Até que nasçam os dentes, a criança deve comer tudo amassado? ( ) Sim ( ) Não		
6 - A fruta é mais saudável que o suco da fruta? ( ) Sim ( ) Não		
7 - O leite de caixinha sustenta mais a criança do que o leite materno? ( ) Sim ( ) Não		
8 - O bebê precisa de água desde recém-nascido? ( ) Sim ( ) Não		
9 - Chás são bons para bebês de até seis meses? ( ) Sim ( ) Não		
10 - O bebê já pode comer papinha a partir de quatro meses? ( ) Sim ( ) Não		
11 - Faz mal dar doces para o bebê? ( ) Sim ( ) Não		
12 - Refrigerante faz mal para crianças? ( ) Sim ( ) Não		
13 - Com qual alimento você tem certeza que a criança está satisfeita (cheia)? ( ) Leite materno ( ) Comida		

questões referentes à introdução alimentar do bloco II. Aplicou-se o teste T para amostras independentes, teste Mann-Whitney ou ANOVA para avaliação da associação entre variáveis categóricas e contínuas. Aplicou-se o teste de correlação de Spearman para avaliação da correlação entre as variáveis contínuas, sendo considerada a seguinte classificação: 0 - 0,2 correlação péssima; 0,21 - 0,4 correlação ruim; 0,41 - 0,6 correlação regular; 0,61 - 0,8 correlação boa; 0,81 - 1,00 correlação ótima. Considerou-se como significativos valores

de  $p < 0,05$ . Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico IBM SPSS.

## Resultados

Verificou-se que a idade mínima dos respondentes foi de 24 anos, máxima de 56 anos, com média de 33 anos e desvio padrão de 7 anos. As Tabelas 1 e 2 apresentam a análise descritiva dos participantes do estudo e os dados referentes ao Bloco I e Bloco II do questionário.

**Tabela 1.** Distribuição das frequências das respostas para as variáveis do Bloco I do questionário

Variáveis	Frequência	Porcentagem	
Sexo	Feminino	12	54,5
	Masculino	10	45,5
Idade da criança	0 a 6 meses	2	9,1
	7 meses a 12 meses	2	9,1
	13 meses a 24 meses	18	81,8
Idade gestacional	42 semanas completas ou mais	1	4,5
	Menos de 37 semanas	2	9,1
	Entre 37 e 42 semanas	19	86,4
Peso ao nascimento	Adequado (maior que 3.000 g)	14	63,6
	Insuficiente (2.500 a 3.000 g)	6	27,3
	Baixo Peso (1.500 a 2.500 g)	2	9,1
Tempo de licença maternidade	Menos de 4 meses	1	4,5
	De 4 a 6 meses	14	63,6
	Mais de 6 meses	1	4,5
Trabalho dos pais fora de casa	Não respondeu	6	27,3
	Sim	16	72,7
	Não	2	9,1
Escolaridade dos pais (maior escolaridade do casal)	Às vezes	4	18,2
	Ensino Fundamental	1	4,5
	Ensino Médio	7	31,8
Renda familiar	Ensino Superior	14	63,6
	Não respondeu	3	13,6
	De 1 a 2 salários mínimos	3	13,6
Plano de saúde	De 2 a 4 salários mínimos	7	31,8
	Mais de 5 salários mínimos	9	40,9
	Sim	16	72,7
	Não	6	27,3

Legenda: g = gramas

**Tabela 2.** Distribuição das frequências de resposta do bloco ii do questionário

Variáveis	Frequência	Porcentagem	
Até quantos meses se alimentou APENAS pelo leite da mãe?	0 mês	2	9,1
	1 mês	1	4,5
	3 meses	2	9,1
	4 meses	6	27,3
	6 meses	7	31,8
	7 meses	1	4,5
	Não respondeu	3	13,6
Até qual idade mamou no peito?	0-5 meses	4	20,0
	6-12 meses	8	40,0
	13-24 meses	8	40,0
Com qual idade iniciou a oferta de alimentos?	0-3 meses	1	5,0
	4-5 meses	10	50,0
	6 meses	9	45,0
Como é atualmente realizada a oferta de alimentos?	Misturados	12	60,0
	Separados e Misturados	1	5,0
	Separados	7	30,0
Como era a consistência do alimento no INÍCIO da introdução alimentar?	Em pedaços	1	5,0
	Amassados	16	80,0
	Amassados e peneirados	1	5,0
A criança manipula o alimento com as mãos?	Peneirado	2	10,0
	Sim	16	80,0
	Não	4	20,0
A criança tem costume de se alimentar vendo TV, brincando ou mexendo no telefone?	Sim	10	50,0
	Não	9	45,0
	As vezes	1	5,0
Faz uso de mamadeira?	Sim	15	68,2
	Não	7	31,8
Faz uso de chupeta?	Sim	10	45,5
	Não	11	50,0
	Não respondeu	1	4,5
As refeições da criança são feitas junto com a família?	Sim	14	70,0
	Não	2	10,0
	Às vezes	4	20,0

A Tabela 1 mostra que houve maior frequência de crianças do sexo feminino, com idade entre 13 e 24 meses, nascidas a termo e com peso adequado. A maior parte das mães obteve licença maternidade entre quatro e seis meses, os pais, em sua maioria, trabalhavam fora de casa e cursaram ensino superior. A renda familiar mais frequente foi acima de cinco salários mínimos e a maioria dos participantes tinha plano de saúde.

A Tabela 2 mostra que o grupo com maior número de crianças foi aquele que permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os seis meses. A oferta de alimentos iniciou-se entre 0 e 5 meses de idade para a maior parte das crianças. Sobre a forma de apresentação do alimento, na maior parte dos casos, o alimento era oferecido misturado e a

criança manipulava o alimento com as mãos. Com relação à consistência do alimento ofertado no início da introdução alimentar, observou-se que, em sua maioria, era ofertado amassado. A maioria das crianças usava mamadeira, mas não chupeta.

Com relação ao ambiente em que eram realizadas as refeições, verificou-se que, em sua maioria, as crianças faziam as refeições junto à família, porém a metade dos entrevistados relatou o costume de alimentar a criança em frente às telas (televisão, celular, entre outros) ou com brinquedos.

O escore sobre “Crenças e conhecimentos sobre alimentação”, Bloco III do questionário, variou de quatro a dez pontos, sendo a média de 7,1 e desvio padrão de 1,9 pontos.

Na análise de correlação entre os blocos I, II e III do questionário (Tabela 3) houve correlação entre o escore de conhecimento e as seguintes variáveis: tempo que alimentou apenas pelo leite

da mãe, idade que iniciou a oferta de alimentos, trabalho fora de casa, renda, escolaridade dos pais e possuir plano de saúde.

**Tabela 3.** Análise de associação entre o escore do bloco III e tempo que alimentou apenas pelo leite da mãe, idade que iniciou a oferta de alimentos, pais trabalham fora de casa, escolaridade dos pais e possuir plano de saúde.

Variáveis	N	Escore Médio	Desvio Padrão	Valor de p e grau da correlação	Interpretação	
	0 meses	2	4,7	1,1		
Até quantos meses se alimentou APENAS pelo leite da mãe?	1 mês	1	4,0	-		
	3 meses	2	6,7	1,8	p=0,002* r=0,658***	Quanto maior o escore, maior o tempo de amamentação.
	4 meses	6	7,4	1,9		
	6 meses	7	8,3	1,4		
	7 meses	1	9,0	-		
Com qual idade iniciou a oferta de alimentos?	0-3 meses	1	5,2	-	p=0,007* r=0,570***	Quanto maior o escore, mais tempo demorou para introdução de outros alimentos.
	4-5 meses	10	6,6	2,0		
	6 meses	9	8,3	1,2		
Os pais trabalham fora de casa?	Sim	16	7,6	1,7	p=0,036** r=0,450***	Os pais que trabalham fora de casa apresentaram um escore maior.
	Não	2	4,7	1,1		
	As vezes	4	6,2	2,1		
Escolaridade dos pais (maior escolaridade do casal)	Fundamental	1	5,0	-	p=0,001** r=0,655***	Quanto maior a escolaridade, maior o escore.
	Médio	7	5,6	1,2		
	Superior	14	8,0	1,7		
A família possui plano de saúde?	Sim	16	7,6	1,9	p=0,037** r=0,448***	Famílias com plano de saúde possuem maior escore.
	Não	6	5,8	1,4		
	De 1 a 2 salários mínimos	3	6,8	1,2		
Renda familiar	De 2 a 4 salários mínimos	7	5,8	2,0	p=0,013** r=0,557***	Famílias com renda maior que 5 salários possuem maior escore.
	Mais de 5 salários mínimos	9	8,5	1,1		

Legenda: N = número de participantes. \*teste ANOVA, \*\*teste T, \*\*\*correlação de Pearson (Interpretação da correlação: 0 - 0,2: Correlação péssima; 0,21 - 0,4: Correlação ruim; 0,41 - 0,6: Correlação regular; 0,61 - 0,8: Correlação boa; 0,8 - 1,0: Correlação ótima).

## Discussão

Os resultados apontaram que o AME e a introdução alimentar aos seis meses foram práticas realizadas por pais com maior conhecimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil e que tal conhecimento foi maior em pais com maior escolaridade, maior renda, acesso a plano de saúde e que trabalham fora de casa.

Foi possível verificar nos resultados que a maior parte das crianças recebeu alimentos além do leite materno antes dos seis meses de idade, o que é considerado introdução alimentar precoce<sup>24</sup>.

Esse é um achado comum em diversos estudos<sup>25-27</sup>, o que reforça a necessidade de políticas públicas voltadas para amamentação e introdução alimentar.

Foi considerada alta a porcentagem dos entrevistados que relatou que os filhos faziam uso de mamadeira e de chupeta, dada a relação direta entre uso de chupeta e mamadeira e o desmame precoce<sup>28-30</sup>. É importante ressaltar, também, a alta porcentagem de crianças que realizam o momento da alimentação frente às telas e/ou com brinquedos. De acordo com Silva Filho<sup>21</sup>, uma das atitudes que devem ser evitadas para que a criança adquira hábitos alimentares saudáveis é oferecer distrações, especialmente telas, enquanto ela se alimenta. Ao

passo que é boa conduta que o bebê, por volta de seis meses, comece a fazer as refeições junto com a família e que seja incentivado a ter interesse pelos alimentos, o que inclui segurá-los e leva-los à boca<sup>16</sup>. Embora a maioria dos entrevistados tenha relatado que os filhos realizam as refeições junto com a família e que permitem a manipulação dos alimentos, essa dinâmica fica comprometida na presença dos distratores.

Outra resposta frequente entre os entrevistados refere-se à oferta aos filhos dos alimentos misturados, ao invés de separados, o que é contrário à recomendação do Ministério da Saúde. A recomendação de se oferecer os alimentos separados pode ser explicada pela maior oportunidade de se conhecer novos sabores e texturas com esse tipo de oferta<sup>17</sup>. Por outro lado, a oferta dos alimentos amassados, ao invés de batidos, realizada pela maior parte das famílias, vai ao encontro da recomendação do Ministério da Saúde, sendo uma estratégia para que a criança possa experimentar novas consistências e texturas<sup>17</sup>, sendo propícia também para o desenvolvimento da mastigação.

A análise do conhecimento dos pais sobre introdução alimentar, quando relacionada com a escolaridade, renda e ocupação dos pais, demonstra que quanto maior o nível de instrução e a renda, também foi maior a pontuação sobre conhecimentos e crenças com relação à introdução alimentar. Estudos semelhantes realizados no município São Paulo e em Florianópolis relacionaram a escolaridade dos pais com a introdução tardia de água, chás, doces e refrigerantes na dieta infantil<sup>31,32</sup>, ou seja, quanto maior a escolaridade mais adequadas são as práticas no que se refere à introdução alimentar. A renda familiar também exibe uma relação com a lucidez sobre alimentação da criança, indicando que a população com mais condições econômicas tem mais acesso à informação<sup>33,34</sup>.

A análise dos resultados também evidenciou que pais que trabalham fora de casa e possuem plano de saúde apresentaram maior conhecimento sobre introdução alimentar. Estudo realizado com usuários de um plano de saúde privado mostrou que, quando os pais recebem mais orientações, eles se apropriam do conhecimento e assumem práticas mais condizentes com as recomendações<sup>35</sup>.

Em relação à ocupação dos pais, observou-se que aqueles que trabalham fora de casa apresentam maior conhecimento sobre alimentação complementar. Estudos semelhantes apontaram que esses

pais são menos inclinados a práticas de alimentação complementar que contradizem as recomendações<sup>36,37</sup>. Pode-se inferir que, por trabalhar fora de casa, há um aumento da renda familiar e com isso maiores condições financeiras, para se obter informações acerca da alimentação complementar. A relação existente entre dispor de um plano de saúde e o conhecimento sobre alimentação complementar também pode ser explicado pelo fato de que os pais que trabalham fora, em sua maioria, são os mesmos pais que têm maior escolaridade e renda, o que reforça o impacto da escolaridade e da renda sobre o conhecimento dos pais.

Quando avaliada a relação entre os blocos II e III, observou-se que quanto maior a pontuação no bloco III, maior foi o tempo de AME e mais tardia foi a introdução de outros alimentos. Isso indica que quanto mais informação os pais têm sobre a alimentação complementar, maior é a chance de a introdução alimentar ser feita no tempo que é tido como correto. Esse achado corrobora a literatura que diz que quanto maior o acesso à informação menor a incidência de introdução alimentar precoce<sup>38</sup>. Foi relatado em uma pesquisa que as mães com maior renda demonstraram seguir as recomendações dos profissionais da saúde quanto à introdução alimentar, e que 50% dos pais entrevistados receberam informações, mas optaram por não segui-las<sup>34</sup>, achado que demonstra que só fornecer informações não é o suficiente, e que é necessário considerar outros fatores de ordem social e cultural para que sejam efetivas as práticas corretas de introdução alimentar. Também, deve-se considerar que uma atuação com maior empatia na relação profissional da saúde e paciente melhora a efetividade das orientações<sup>39</sup>.

O estudo em questão contou com uma amostra pequena e um público muito específico. Portanto, os resultados não podem ser generalizados. Outra limitação da presente pesquisa refere-se a não se ter investigado as opiniões e decisões do cuidador, especialmente porque na amostra coletada grande parte dos pais trabalhava fora de casa e a licença maternidade terminava aos seis meses, época de início da introdução alimentar. Para estudos subsequentes, sugere-se uma amostra maior e que contenha indivíduos de diferentes classes sociais, com estruturas familiares diversas e padrões de vida distintos, entre outros fatores. Apesar das limitações supracitadas, esta pesquisa inova ao investigar a maneira como os alimentos são oferecidos na

introdução alimentar, se separados ou misturados, a consistência, a manipulação pela criança e o ambiente em que a oferta é realizada.

## Conclusão

Houve correlação entre os aspectos de escolaridade, ocupação fora de casa, renda familiar e ter plano de saúde com o conhecimento dos pais sobre introdução alimentar infantil, sendo os maiores escores na avaliação do conhecimento sobre introdução alimentar obtidos pelos pais com maior escolaridade, que trabalhavam fora de casa, com maior renda e com plano de saúde.

O conhecimento sobre introdução alimentar apresentou correlação com a duração do aleitamento materno exclusivo, sendo que quanto maior o conhecimento dos pais, maior a duração do aleitamento exclusivo, e com a época da introdução alimentar, visto que quanto maior o conhecimento mais próximo dos seis meses a introdução alimentar foi realizada.

Assim, o presente estudo demonstra a necessidade de os profissionais da saúde criarem estratégias para aumentar o conhecimento dos pais com relação à alimentação complementar infantil.

## Referências

- World Health Organization. Forty-Seventh World Health Assembly. 1994; 1: 1-202.
- Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. 2005; 1-152.
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nutrologia. A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-led Weaning). 2017. Acesso em: 29 de outubro de 2018. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/documentos-cientificos/?tx\\_cwfiles%5Bpage%5D=8&cHash=42803ed96f bdd30e55b073aeb6a39080](http://www.sbp.com.br/documentos-cientificos/?tx_cwfiles%5Bpage%5D=8&cHash=42803ed96f bdd30e55b073aeb6a39080).
- Bervian J, Fontana M, Caus B. Relação entre amamentação desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. RFO. 2008; 13(2): 76-81.
- Carbeiro AS, Delgado SE, Brescovici SM. Characterization of feeding development in 6 to 24 month-old children in Canoas/RS. Rev CEFAC. 2009; 11(2): 353-60.
- Alves RA, Cunha MD, Reis AMCS. Análise morfofuncional do sistema estomatognático em usuários de prótese total convencional do Centro Integrado de Saúde-CIS. Rev CEFAC. 2017; 19(5): 712-25.
- Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação Complementar. J Pediatr. 2000; 76(3): 253-62.
- Nascimento VG, Silva JPC, Ferreira PC, Bertoli CJ, Leone C. Maternal breastfeeding, early introduction of non-breast milk, and excess weight in preschoolers. Rev Paul Pediatr. 2016; 34(4): 454-9.
- World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 2005; 1-32.
- Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. The Lancet Global Health. 2015; 3(4): e199-205.
- Bernardi JLD, Jordão RE, Barros Filho AAB. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(5): 405-11.
- Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L. Infant feeding in the first two years of life. Rev Paul Pediatr. 2018; 36(2): 164-170.
- Escarce AG, Araújo NG, Friche AAL, Motta AR. Influence of guidance about breastfeeding in the behavior of a university hospital users. Rev CEFAC. 2013; 15(6): 1570-82.
- Salve JM, Silva IA. Social representations of mothers on the introduction of complementary foods for infants. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1): 43-8.
- Mello CS, Barros KV, Morais MB. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. J Pediatr. 2016; 92(5): 451-63.
- Junqueira P. Recusa alimentar do bebê aos primeiros alimentos ofertados. In: Motta AR, Furlan RMMM, Tessitore A, Cunha DA, Berretin-Felix, Silva HJ, et al. (orgs). Motricidade Orofacial – a atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2017. pp. 63-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 20 p.
- Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-led weaning: The evidence to date. Curr Nutr Rep. 2017; 6: 148-56.
- Rapley G, Murkett T. Baby-led weaning: helping your baby to love good food. Reino Unido: Vermilion; 2008.
- Gomez MS, Novaes APT, Silva JP, Guerra LM, Possobon RF. Baby-led weaning, panorama da nova abordagem sobre introdução alimentar: revisão integrativa de literatura. Rev Paul Pediatr. 2020; 38: e2018084.
- Silva Filho RF. Quando a criança não quer comer. Silva HJ, Tessitore A, Motta AR, Cunha DA, Berretin-Felix G, Marchesan IQ (orgs). Tratado de Motricidade Orofacial. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2019. pp. 171-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p.
- World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: WHO, 2010.
- World Health Organization. Infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2002.



25. Toloni MHA, Longo-Silva G, Konstantyner T, Taddei JAAC. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32(1): 37-43.
26. Barbosa RMS, Crocchia C, Carvalho CGN, Franco VC, Salles-Costa R, Soares EA. Consumo alimentar de crianças com base na pirâmide alimentar brasileira infantil. *Rev. Nutr.* 2005; 18(5): 633-41.
27. Toloni MHA, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JAAC. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr.* 2011; 24(1): 61-70.
28. Carrascoza KM, Possobon RF, Ambrosano GMB, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Determinants of pacifier use among infants attending an interdisciplinary breastfeeding promotion program. *Rev CEFAC.* 2014; 16(2): 582-91.
29. Neu AP, Silva AMT, Mezzomo CL, Busanello-Stella AR. Breastfeeding: relationship with habits of suction and socioeconomic aspects of family. *Rev CEFAC.* 2014; 16(3): 883-91.
30. Miotto MHMB, Caxias FP, Campos DMKS, Ferreira LFPE, Barcellos LA. Breast feeding as a protection factor to avoid non-nutritive sucking habits. *Rev. CEFAC.* 2014; 16(1): 244-51.
31. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003; 6(1): 29-38.
32. Corrêa EM, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27(3): 258-64.
33. Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Socioeconomic, cultural and demographic maternal factors associated with dietary patterns of infants. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(4): 445-52.
34. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. *J Pediatr.* 2013; 89(5): 485-91.
35. Maia EM, Santiago LB, Sampaio ACF, Lamounier JA. Programa de apoio ao aleitamento materno exclusivo para mães trabalhadoras da iniciativa privada. *Rev Med Minas Gerais.* 2015; 25(1): 19-24.
36. Epheson B, Birhanu Z, Tamiru D, Feyissa GT. Complementary feeding practices and associated factors in Damot Weydie District, Welayta zone, South Ethiopia. *BMC public health.* 2018; 18(1): 419.
37. Khanal V, Sauer K, Zhao Y. Determinantes de práticas alimentares complementares entre crianças nepalesas de 6 a 23 meses: resultados do levantamento demográfico e de saúde 2011. *BMC Pediatr.* 2013; 13(1): 131.
38. Cândido NA. Efetividade de intervenções em creches públicas pautadas na educação alimentar e nutricional com diferentes abordagens na promoção da alimentação complementar saudável. [tese] Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2016.
39. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, Gulbrandsen P, Ostbye T. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24(6): 665-72.

