



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

MESTRADO EM NUTRIÇÃO

ANDRÉA MARQUES DOS SANTOS

ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES: INFLUÊNCIA DA

MÍDIA TELEVISIVA

RECIFE/PE

2013

ANDRÉA MARQUES DOS SANTOS

**ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES: INFLUÊNCIA DA
MÍDIA TELEVISIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco para avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Nutrição. Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Giselia Alves Pontes da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira

RECIFE/PE

2013

Catálogo na publicação
Bibliotecária: Adelaide Lima, CRB4-647

S237a Santos, Andréa Marques dos.
Alimentação de lactentes: influência da mídia televisiva / Andréa Marques dos Santos. – Recife: O autor, 2013.
86 folhas : il. ; 30 cm.

Orientador: Giselia Alves Pontes da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Nutrição, 2013.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Hábitos alimentares. 2. Cuidadores. 3. Relações de Família. 4. Propaganda de Alimentos. I. Silva, Giselia Alves Pontes da (Orientador). II. Título.

612.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2013-020)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

MESTRADO EM NUTRIÇÃO

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDRÉA MARQUES DOS SANTOS

ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES: INFLUÊNCIA DA MÍDIA

TELEVISIVA

Dissertação aprovada em 24 de janeiro de 2013.

Banca examinador

Prof^ª. Dr^ª. Juliana Souza Oliveira

Prof^ª. Dr^ª. Leopoldina Augusta Souza Sequeira de Andrade

Prof^ª. Dr^ª. Poliana Coelho Cabral

RECIFE/PE

2013

Dedico este trabalho à memória de minha avó Hilda Marques, aos meus pais e ao meu marido...

À memória daquela que foi minha segunda mãe e que, apesar de ausente em corpo, está sempre presente nos meus pensamentos.

À minha protetora e compreensiva mãe, presente em todos os momentos.

A o meu querido pai, pelo apoio.

A o meu amado esposo, grande incentivador do meu desenvolvimento profissional e acadêmico.

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre me iluminou e me fortaleceu nos momentos de cansaço, por sua proteção, proporcionando-me uma vida repleta de oportunidade;

À Prof^a. Dr^a. Giselia Alves, pela orientação deste trabalho, por todo o conhecimento transmitido e pelas preciosas contribuições;

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira, por estar sempre presente na minha caminhada e ser um exemplo de dedicação profissional;

À Prof^a. Dr^a. Poliana Cabral pelas importantíssimas contribuições na construção do projeto deste trabalho;

À Prof^a. Dr^a. Juliana Oliveira, pelo incentivo desde o início da decisão de ingressar no mestrado, tornando-se minha inspiração pelo lindo exemplo de jovem e competente professora;

Aos médicos Genilda Almeida Sampaio, Iramirton Fiquerêdo Moreira e à equipe de saúde da família do posto de saúde Carla Nogueira, pelo apoio e suporte durante a coleta de dados;

Às mães que concordaram em participar da pesquisa meu muito obrigada;

Um agradecimento muito especial aos amigos Ewerton Amorim e Cláudia Sabino, pela importante ajuda no início do manuseio do programa estatístico e pelas importantíssimas contribuições acerca dos dados de consumo alimentar;

Aos meus queridos amigos da turma de mestrado Priscila, Diego, Débora, Edynara, José Luiz, Júlia, Kellyane, Isabelle e Simone, pelos bons momentos compartilhados e por terem tornado toda essa trajetória mais leve e agradável;

Às minhas amigas especiais, Mônica Lopes e Hanne Bakke, pela força e ajuda em todos os momentos que necessitei;

Às colegas de disciplina e futuras doutoras Marcella Moreira e Tays Souza, pelas contribuições na elaboração do projeto de pesquisa deste estudo;

À Pós-Graduação e a todos os professores pela oportunidade de estudo e crescimento pessoal e profissional;

Às secretárias deste Programa, Neci e Cecília, por nos receberem sempre com muita alegria e terem dado o suporte necessário no tocante aos problemas burocráticos;

Ao CNPq pela bolsa de estudos concedida;

Aos meus pais, José Arestides e Denise Marques, em especial à minha mãe que é minha fonte de inspiração e sempre me deu carinho e colo incondicional;

Às minhas amadas e preciosas irmãs, Alessandra e Anne Rose, pelo incentivo fraterno e apoio incondicional;

Aos meus sobrinhos maravilhosos, Annie Camille e Pedro Neto, por me proporcionarem sempre momentos de alegria;

Ao meu afilhado querido, Pedro Vinícius, que nasceu nesta caminhada e me proporcionou ver o quanto é belo o nascimento de uma criança e o primeiro sorriso;

Ao meu esposo, grande amigo e amor, Pedro Sotero, que me completa e me fortalece com sua compreensão e apoio;

Por fim, agradeço aos membros da banca examinadora deste trabalho, por disponibilizarem seu valioso tempo para contribuir com o resultado final desta dissertação e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!!!

Mesmo quando um comportamento é hereditário, o comportamento de um indivíduo ainda é produto do desenvolvimento e, portanto, possui um componente causal ambiental. [...]A visão moderna de como os fenótipos são herdados pela replicação tanto das condições genéticas como das ambientais leva a crer que [...]as tradições culturais – comportamentos que as crianças copiam dos pais – provavelmente são cruciais.

Steven Pinker

RESUMO

Avaliar a influência do ambiente familiar, mídia televisiva e profissionais de saúde nas escolhas alimentares maternas para seus filhos até 24 meses e o padrão alimentar dessas crianças. Foi realizado um estudo observacional com componente analítico, com dois grupos de mães, o grupo caso constituído por mães integrantes de famílias de baixo nível socioeconômico cadastradas na Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira, pertencente ao VI distrito sanitário de Maceió-Alagoas e o grupo comparação constituído de mães que levaram seus filhos para atendimento de rotina em dois consultórios particulares de Pediatria da cidade de Maceió-Alagoas. Amostra foi do tipo intencional, tendo sido entrevistadas, no total 202 mães de crianças até 24 meses, sendo 103 mães pertencentes ao grupo caso e 99 mães pertencentes ao grupo comparação. As variáveis que caracterizaram a amostra foram: idade materna, ocupação materna, número de filhos nascidos vivos, convívio da mãe com o companheiro, chefe da família, escolaridade materna, escolaridade do chefe, renda familiar per capita por número de salários mínimos posteriormente distribuídos em quartis e cuidador da criança. Adicionalmente verificou-se o consumo alimentar das crianças, avaliado por um questionário de frequência alimentar qualitativo validado, o qual foi adaptado para a faixa etária de até 2 anos, tendo sido convertida em escores a mensuração do consumo para caracterização dos hábitos alimentares das crianças. Os resultados evidenciaram que, no grupo caso, as mães passam mais tempo assistindo à televisão ≥ 5 horas/dia e as famílias com mais frequência faziam as refeições em frente à televisão, enquanto no grupo comparação esse comportamento nunca aconteceu em 52,5% ($p < 0,01$). Foi observado que, durante o pré-natal, a maioria das mães recebeu orientação dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno. Entretanto, as mães do grupo comparação tiveram melhor apoio no processo de amamentação no pós-parto e orientação com relação à introdução de novos alimentos no dia a dia da criança. Com relação ao padrão alimentar, a mediana dos escores de consumo foi maior nas crianças do grupo caso, no tocante aos alimentos pertencentes ao grupo I - pães e cereais ($p = 0,05$) e grupo VI - produtos industrializados ($p < 0,01$), enquanto as crianças do grupo comparação tiveram os maiores escores de consumo no grupo II - frutas, legumes e verduras ($p < 0,01$); seguido do grupo III - carnes, muídos e ovos ($p < 0,01$) e grupo IV - leite e produtos lácteos ($p < 0,01$). Essas evidências sugerem que a influência da mídia televisiva e a falta de apoio dos profissionais da saúde contribuem para as práticas alimentares inadequadas, independente do nível socioeconômico, motivos pelos quais crianças de até 24 meses já têm no seu cardápio produtos industrializados.

Descritores: Hábitos alimentares, Cuidadores, Família, Televisão, Propaganda de alimentos.

ABSTRACT

To evaluate the influence of family environment, television media and health professionals in maternal food choices for their children up to 24 months and feeding patterns of these children. We conducted an observational study with an analytical component, with two groups of mothers, if the group consists of members of mothers with low socioeconomic status families enrolled in the Family Health Unit Carla Nogueira, belonging to the sanitary district VI of Maceió-Alagoas and the comparison group consisting of mothers who took their children to routine care in two private practices Pediatric city of Maceió, Alagoas. Sample design was intentional, and was interviewed in total 202 mothers of children up to 24 months, 103 mothers in the case group and 99 mothers belonging to the comparison group. The variables that characterize the sample were: maternal age, maternal occupation, number of live births, the mother living with her partner, head of household, maternal education, education of the head, household income per capita number of minimum wages subsequently distributed quartiles and the child's caregiver. Additionally there was the food intake of children assessed by a food frequency questionnaire validated qualitative, which was adapted for the age group of up to two years, having been converted into scores measuring consumption to characterize the eating habits of children. The results showed that in the case group, mothers spend more time watching television ≥ 5 hours / day and families most often took their meals in front of the television, while in the comparison group this behavior never occurred in 52.5% ($p < 0.01$). It was observed that during the prenatal period, most mothers received guidance from health professionals about breastfeeding. However, the mothers in the comparison group had better support in the process of breastfeeding postpartum and guidance with respect to introduction of new foods on a daily child. Regarding dietary pattern, the median scores consumption was higher among children in the case group, with regard to foods in the group I-breads and cereals ($p = 0.05$) and Group VI - manufactured products ($p < 0, 01$), while children in the comparison group had higher scores for consumption in group II - fruits and vegetables ($p < 0.01$), followed by group III - meat, eggs and muídos ($p < 0.01$) and group IV - milk and milk products ($p < 0.01$). This evidence suggests that the influence of television media and lack of support from health professionals contribute to inadequate feeding practices, independent of socioeconomic status, reasons for children up to 24 months already have on their menu industrialized products.

Keywords: Food habits, Caregivers, Family, Food publicity, Television.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Alimentação Complementar

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

ENPACS – Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável

FLV – Frutas, legumes e verduras

IOM – Institute of Medicine

IQ – Intervalo interquartilico

MED – Mediana

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

TV - Televisão

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Apresentação	12
2. Revisão da Literatura	15
2.1 O papel do ambiente familiar na alimentação do lactente	17
2.2 Profissionais de saúde: Qual a sua influência?	19
2.3 Meios de comunicação: “mídia televisiva”	20
3. Métodos	30
3.1 Delineamento do estudo	30
3.2 Tamanho amostral	30
3.3 Descrição, Categorização e Operacionalização das Variáveis	30
3.3.1 Variáveis relacionadas ao ambiente familiar	31
3.3.2 Variáveis relacionadas à Mídia Televisiva	32
3.3.3 Variáveis da Assistência Materno-Infantil e aleitamento materno	32
3.3.4 Variáveis do consumo alimentar infantil	33
3.4 Operacionalização do Estudo	35
3.4.1 Instrumentos de coletas de dados	35
3.4.2 Coleta de dados	35
3.5 Processamento e análise dos dados	36
3.6 Considerações éticas	36
4. Resultados	37
Artigo Original	38
5. Considerações Finais	59
6. Referências	61
Apêndices	67
Anexos	75

1. APRESENTAÇÃO

A infância é o período em que ocorrem com maior velocidade os fenômenos do crescimento, desenvolvimento e se inicia a formação dos hábitos alimentares que, uma vez estabelecidos, poderão continuar na adolescência e idade adulta (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

O leite humano é completo do ponto de vista nutricional e representa a experiência alimentar mais precoce do recém-nascido. Contém vários compostos bioativos, entre eles hormônios e fatores de crescimento, que contribuem para a formação dos hábitos alimentares (BALABAN; SILVA, 2004). Além disso, contém compostos químicos que mudam o sabor e aroma de acordo com a alimentação materna, fazendo com que a criança conheça precocemente uma diversidade de sabores e aromas. Isso contribui para a aceitação dos novos alimentos, que deverá ser iniciada por volta do sexto mês de vida, de forma gradual (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

As práticas alimentares das famílias brasileiras vêm sofrendo alterações nas últimas décadas, em virtude principalmente da estabilização monetária. Ao mesmo tempo em que o poder aquisitivo das famílias aumentou, o preço real dos alimentos industrializados declinou. De maneira geral, à medida que aumenta a renda *per capita* de um país, aumenta o grau de sofisticação no consumo de alimentos, optando-se pelos mais elaborados, como os alimentos industrializados (MONTEIRO; CANON, 2012). Aliada a isso, observa-se a influência do *marketing* de alimentos, de modo especial através das propagandas televisivas, que têm o poder de persuadir, valorizando os atributos organolépticos artificialmente incorporados a esses produtos (ROSSI et al., 2010).

Nessa linha figuram alimentos ricos em açúcar, sal e gorduras, ao lado de aditivos que alteram a cor, o odor e a textura e outros atributos dos alimentos (HENRIQUES et al., 2012). Essas características têm motivado as famílias a comprarem mais produtos industrializados e também a reduzirem o consumo dos produtos “in natura”, tais como frutas, legumes e verduras (MONTEIRO; CANON, 2012). A maior consequência desse “novo” padrão dietético é o aumento da prevalência de obesidade e suas comorbidades, em idades cada vez mais precoces (CAPUTO et al., 2012).

Observa-se que as crianças vêm sendo expostas cada vez mais cedo a esse tipo de alimentação em virtude da multiplicidade de atribuições da mãe, falta de opções de alimentos

saudáveis no ambiente familiar, menor nível de escolaridade materna, falta de apoio e orientação dos profissionais da saúde ou ainda bombardeio de propagandas alimentícias que podem estar influenciando negativamente nas escolhas alimentares que as mães fazem para seus filhos (HENRIQUES et al., 2012).

A mídia televisiva é considerada o *quarto poder*, ou seja, o quarto maior segmento econômico do mundo, sendo a maior fonte de informação e entretenimento em todas as classes sociais. Ela influencia através da sua capacidade de persuadir, convencer e seduzir os telespectadores, e muitas vezes tem como alvo as crianças (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008; MONTEIRO; CANON, 2012).

A televisão tem se tornado o maior veículo de mensagem sobre alimentos não saudáveis. Por esse motivo, a propaganda de alimentos tem sido foco de discussões entre especialistas da área de saúde, uma vez que existem fortes evidências de que a mídia televisiva influencia as preferências alimentares da sociedade. (HENRIQUES et al., 2012). Entretanto, o lactente é inteiramente dependente da pessoa que o alimenta, logo a influência mais significativa na alimentação deste é da mãe, por ser a pessoa diretamente responsável (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007).

Diante do exposto, surgiu a motivação para a pesquisa, que originou a dissertação ora apresentada, na busca de entender, como a mãe, principal cuidadora do seu filho, introduz, cada vez mais cedo, alimentos não saudáveis, transmitidos nas propagandas televisivas. A influência da televisão nas escolhas alimentares é amplamente referida na literatura, no entanto, são escassos os estudos que analisam como a televisão influencia as mães a introduzirem alimentos industrializados supérfluos na alimentação de seus filhos nos dois primeiros anos de vida.

Portanto, conhecer como as mães percebem o poder da mídia televisiva em relação à propaganda de “alimentos infantis” é essencial para a tarefa de educar, informar e aconselhar os pais a respeito da influência da TV nas escolhas alimentares para seus filhos, além de dar subsídios para a elaboração de estratégias de intervenção contra o desenvolvimento de práticas alimentares não saudáveis.

Surgem então as questões norteadoras do estudo: As mães são influenciadas pela mídia televisiva em relação à escolha de alimentos industrializados considerados supérfluos para seus filhos de até dois anos de idade? As escolhas diferem entre as de mais baixo e médio/alto nível socioeconômico?

A hipótese formulada foi: As mães de baixo nível socioeconômico são mais influenciadas pela propaganda televisiva de alimentos industrializados considerados supérfluos quando comparadas às mães de médio/alto nível socioeconômico.

A dissertação se intitula “**Alimentação de lactentes: influência da mídia televisiva**” e é composta por um capítulo de revisão, um capítulo de método e um artigo original.

O capítulo de revisão da literatura analisa os fatores que interferem na formação do hábito alimentar das crianças, focado nos fatores que interferem na decisão das mães de introduzirem alimentos não saudáveis no cotidiano dos seus filhos.

O capítulo de método descreve o planejamento e a operacionalização do estudo. Os dados empíricos obtidos no estudo compuseram o banco de dados que originou o artigo original.

O artigo original que foi submetido para publicação ao *Jornal de Pediatria (Rio J)* se intitula “*Alimentação de lactentes: Influência da mídia televisiva*”. E teve como objetivo analisar a influência da mídia televisiva nas escolhas alimentares maternas para seus filhos até 24 meses. Para avaliar essa influência, foi investigado o padrão alimentar das crianças atendidas em consultórios da rede particular e em um posto de saúde pública da cidade de Maceió-Alagoas.

A dissertação se destina à obtenção do título de mestre em Nutrição e Saúde Pública, pela aluna Andréa Marques dos Santos que foi orientada pela Professora Dr^a Giselia Alves Pontes da Silva e co-orientada pelo Professor Dr. Haroldo da Silva Ferreira.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O cuidado com a alimentação das crianças menores de dois anos de vida é relevante por essa ser uma fase em que elas se encontram extremamente vulneráveis, tendo em vista a maior velocidade do crescimento e o desenvolvimento nesse período (VIEIRA et al., 2004). A alimentação adequada nessa época é essencial, pois esse é o período em que os hábitos alimentares começam a se estabelecer e presume-se que estes continuarão na adolescência e na idade adulta (FREIBERG et al., 2012).

No entanto, estudos sugerem que já na vida intrauterina ocorrem eventos que irão contribuir para a preferência por alguns sabores. O líquido amniótico é aromático e o seu odor é influenciado pela dieta da mãe. A semelhança de aromas entre o líquido amniótico e o leite materno pode estar envolvida na preferência do recém-nascido pelo leite materno (ARMSTRONG; REILLY; TEAM, 2003).

A composição do fluido amniótico varia no decorrer da gestação, particularmente na medida em que o feto começa a urinar. Próximo ao parto, o feto humano ingere quase um litro de fluido por dia e é exposto a uma variedade de substâncias, compreendendo a glicose, frutose, ácido láctico, ácido pirúvico, ácidos graxos, fosfolipídeos, creatina, ureia, ácido úrico, aminoácidos, proteínas e sais minerais (BEAUCHAMP; MENELLA, 1999). Isso parece explicar por que desde o nascimento o ser humano prefere os gostos doces e salgados, apresentando aversão pelo gosto azedo e amargo (HARE-BRUUN et al., 2011).

Após o nascimento, esse aprendizado passa a ser modulado pelo alimento mais completo para crianças até seis meses, o leite materno; este muda o sabor com a alimentação materna e faz com que as crianças consumam os compostos químicos que dão sabor e aroma aos alimentos, introduzindo a criança nos padrões alimentares da família (DATILLO et al., 2012). Nessa etapa, a amamentação é decisiva no estabelecimento das bases para a formação dos hábitos alimentares (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Apesar da importância da amamentação para o estabelecimento das preferências alimentares das crianças, estudos mostram que o leite materno está cada vez mais cedo sendo substituído por outros alimentos, levando à introdução precoce de alimentos não saudáveis. Nas duas últimas Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, a proporção de lactentes em aleitamento materno exclusivo aos 2 -3 meses aumentou de 26,4% em 1996 para 48,2% em 2006, mas a introdução precoce de leite industrializado foi alta (20,5%). Já, o consumo diário de frutas, legumes e verduras, *in natura* ou sob a forma de suco, não foi relatado em quatro de cada dez crianças na faixa etária de 6 a 23 meses.

Outro estudo, que não foi de base populacional, mas merece atenção, foi o de Spinelli, Souza e Souza (2001), que observou em 400 crianças menores de um ano, no Município de Mogi das Cruzes, em São Paulo, que, além de haver desmame precoce, as mães estavam introduzindo cada vez mais cedo alimentos industrializados (49% das mães), os quais na maioria das vezes tinham excesso de calorias, o que possivelmente estava associado ao ganho de peso e ao estabelecimento dos hábitos alimentares inadequados entre as crianças que, uma vez instalados, poderão permanecer ao longo da vida.

Considerando que a alimentação exerce influência no processo de saúde e doença dos indivíduos, formando-se o hábito alimentar e na infância, o entendimento dos fatores associados à sua formação é de grande relevância.

Dessa forma, a revisão será abordada conforme o modelo apresentado na figura 1.

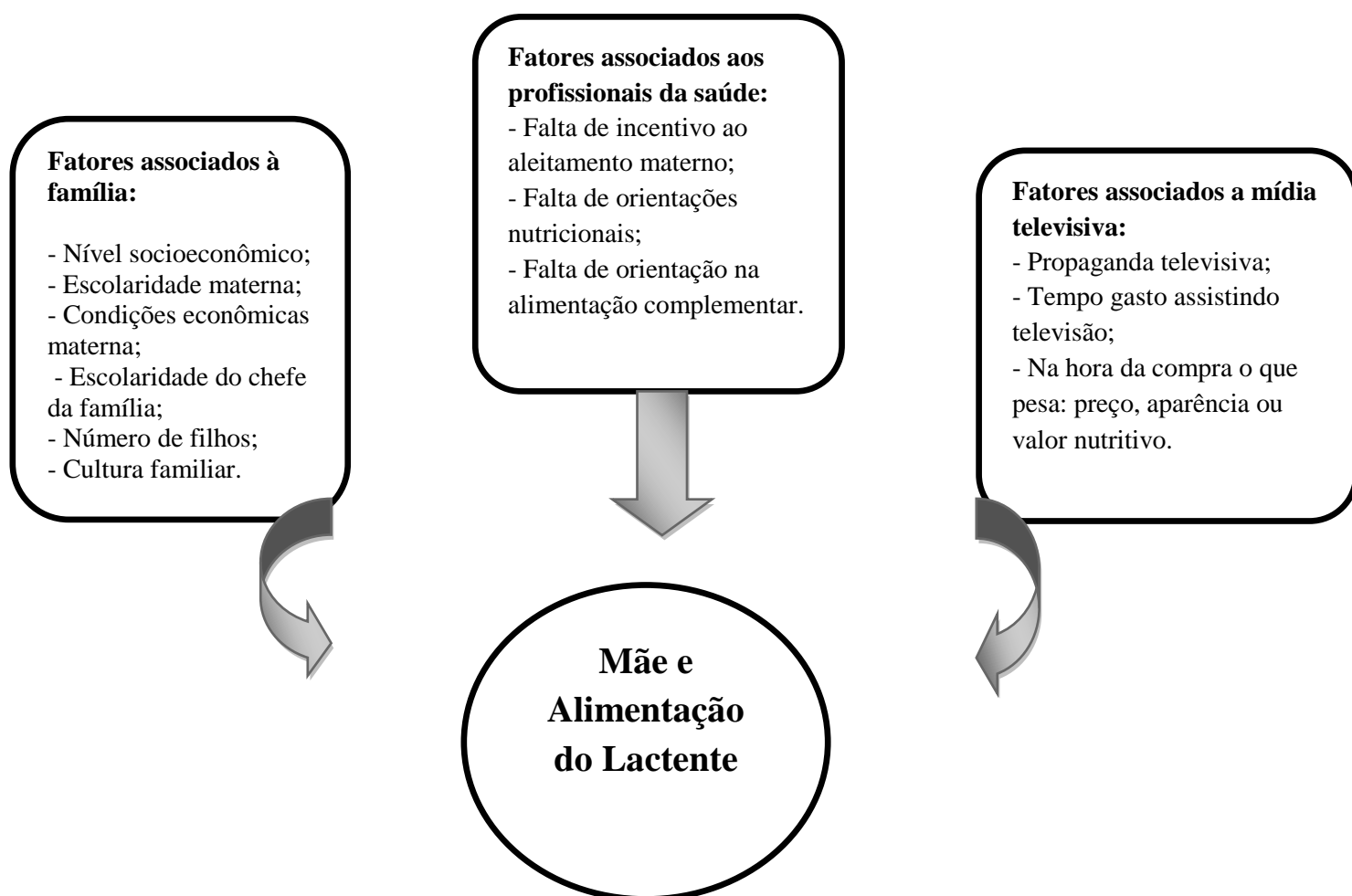


Figura 1: Fatores que influenciam no consumo alimentar de crianças.

2.1 O papel do ambiente familiar na alimentação do lactente

A formação do comportamento alimentar recebe influências desde a vida intrauterina, como citado anteriormente, mas o ambiente pós-natal irá determinar quais componentes serão os alicerces na formação dos hábitos alimentares. Portanto, a nutrição de uma criança não dependerá somente do acesso ao alimento, mas, sobretudo, da educação e dos costumes da família. (FREIBERG et al., 2012).

O ambiente familiar oferece amplo campo de aprendizado social à criança e é responsável pela transmissão dos costumes alimentares. Na sua socialização, a criança aprende a ajustar a ingestão de alimentos através da sensação de fome e saciedade. Desenvolve a percepção para os sabores e define as suas preferências, iniciando a formação dos seus hábitos alimentares (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008). O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais e as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares, e afetar o equilíbrio energético da alimentação que está sendo ofertada (GUPTA et al., 2012).

Portanto, se faz necessário que a criança desde cedo esteja em um ambiente cuja alimentação seja variada e saudável, com oferta de frutas e verduras, pois isso será determinante para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis. Epstein et al. (2001) fizeram uma intervenção durante um ano em um grupo de 27 crianças, em Nova Iorque, com idade entre 6 e 11 anos e com seus respectivos pais. Ao final do estudo observaram que, com mudanças nos hábitos alimentares dos pais, houve redução na ingestão alimentar de gordura e açúcar e aumento no consumo de frutas e vegetais pelas crianças. Além disso, a melhoria do hábito alimentar dos pais pôde estender-se a todos os outros membros da família.

Dessa forma, as refeições em família representam um significativo evento na promoção de uma alimentação saudável, como mostrado no estudo de Neumark-Sztainer et al. (2003), que avaliaram 4726 escolares de uma escola pública em Minneapolis, nos Estados Unidos. Eles observaram que as crianças que faziam as refeições à mesa, junto com a família, tiveram maior consumo de frutas, vegetais, grãos e laticínios.

A família que tem hábitos alimentares saudáveis propicia um ambiente favorável ao desenvolvimento desses hábitos nos seus filhos (CAETANO et al., 2010). É imprescindível que esse ambiente seja ideal desde o início da vida, pois o principal foco de interação da criança com os pais nesse período é a alimentação. O primeiro alimento que a mãe deve ofertar a seu filho é o leite materno exclusivamente; no desmame, as mães devem se preocupar em selecionar os alimentos baseadas em critérios de qualidade e não apenas no

sabor, oferecendo refeições mais saudáveis às suas crianças (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Skinner et al. (2002), em um estudo do tipo longitudinal, realizado nos Estados Unidos, com 70 pares de crianças e mães, investigaram o consumo alimentar das crianças nos dois primeiros anos de vida e repetiram a investigação quando as crianças estavam em idade escolar com 6, 7 e 8 anos. Os autores observaram que quanto maior a duração do aleitamento materno, mais evidentes foram o consumo e a variedade de frutas nas crianças em idade escolar.

O acesso ao alimento em qualidade e quantidade suficientes depende também das condições socioeconômicas da família em que a criança está inserida. Num estudo transversal, realizado na cidade de São Paulo, Aquino e Philippi (2002) investigaram o consumo infantil de alimentos industrializados em crianças entre 0 e 59 meses de idade (n=718) e a relação com a renda familiar per capita. Encontraram que o consumo de açúcar foi maior entre as crianças de menor renda, enquanto achocolatados, chocolate, iogurte, leite em pó modificado e refrigerantes foram mais consumidos por crianças de maior renda familiar per capita. Ou seja, quanto maior a renda per capita da família, maior o consumo infantil de alimentos industrializados.

Outros fatores também estão associados ao consumo alimentar infantil de baixa qualidade. Na cidade de Vitória - Espírito Santo, foi realizado um estudo transversal, com crianças (n=1282) em idade escolar e observado que a baixa qualidade da alimentação estava associada à baixa escolaridade materna (OR=3,93; IC 95%: 2,58;5,99), ausência do pai no domicílio (OR=2,03; IC 95%: 1,68;2,99) e não almoçar à mesa (OR=1,47; IC 95%: 1,12;1,93) (MOLINA et al., 2010).

Logo, para promover mudanças duráveis na alimentação das crianças e, conseqüentemente, possíveis melhorias da saúde, deve-se compreender que a família representa o primeiro e mais importante elo na promoção de uma alimentação saudável e que a decisão dos pais determina não só a ingestão alimentar da criança, mas também as escolhas alimentares que irão influenciar na formação de um hábito alimentar.

No entanto, considerando a importância da família na formação dos hábitos alimentares de seus filhos, há muitas que precisam de orientação alimentar. A literatura mostra que mães com menor nível de escolaridade não têm a capacidade de discernir o que é saudável, estando nesse grupo as primíparas que, por falta de experiência, necessitam de orientação e nesse contexto que entra a participação dos profissionais da saúde (VOLPINI; MOURA, 2005).

2.2 Profissionais de saúde: Qual a sua influência?

Os profissionais de saúde responsáveis pela atenção básica devem realizar um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abranja a promoção e a proteção da saúde. As mães confiam nas informações e no apoio por eles disponibilizados, e isso se aplica ao aleitamento materno e à introdução dos novos alimentos aos bebês. Os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais, assim como a sua capacidade para lidar com os problemas podem influenciar positivamente no sucesso ou insucesso das práticas alimentares que a mãe irá ter para com seu filho (AZEREDO et al., 2008).

A importância dos profissionais de saúde é reforçada no documento da 55ª Assembleia Mundial de Saúde, que aponta a necessidade de as mães receberem apoio especializado, ou seja, de alguém capaz de ajudá-las a iniciar e manter práticas apropriadas de alimentação da criança, bem como prevenir e ajudá-las a superar dificuldades (ARAUJO; ALMEIDA, 2007).

No entanto, são escassos os relatos na literatura sobre a influência do profissional da saúde na orientação da alimentação complementar. Alguns estudos se limitam a falar da influência desses profissionais no incentivo às práticas do aleitamento materno. Volpini e Moura (2005), em estudo realizado em Campinas, no Brasil, com 385 mães de crianças menores de dois anos de idade, observaram que a maioria das mães (58,2%) referiu não ter recebido orientação sobre a amamentação durante o pré-natal. E esse número foi ainda maior quando se investigou se a orientação foi realizada na consulta de puericultura, passando para 70,2% de mães que não receberam nenhuma orientação.

Outro estudo realizado com 101 mães em Recife – Pernambuco mostrou que ser primípara foi um fator que interferiu na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses. Esse fator foi determinante de insegurança entre as mães, gerou conflitos, acentuou as dificuldades que elas tinham em tomar decisões sobre as orientações passadas pelos profissionais de saúde ou aceitar conselhos das pessoas mais velhas no tocante aos cuidados com a criança (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007).

Melo et al. (2002) verificaram a participação dos profissionais de saúde na orientação pré e pós-natal sobre aleitamento materno em 143 primíparas atendidas nas redes pública e privada na cidade de Recife, afirmando que 51,8% das mães receberam orientações sobre aleitamento materno dos profissionais da saúde na época do pré-natal.

Caetano et al. (2010) avaliaram as práticas e o consumo alimentar de lactentes de três metrópoles no Brasil (Curitiba, São Paulo e Recife) quando as mães referiram que as práticas

alimentares adotadas eram principalmente baseadas em sua própria experiência de vida ou da sua família (67,6%) ficando os profissionais de saúde em segundo lugar.

Sabendo que o sistema de saúde deve estar vinculado a um modelo que valorize a saúde e não apenas a doença, torna-se imprescindível que o profissional esteja realmente preparado para orientar e incentivar a mãe à prática do aleitamento materno e à introdução da alimentação complementar apropriada, em tempo oportuno e assim promover hábitos alimentares saudáveis (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINE, 2010).

No cenário complexo da alimentação da criança, deve-se garantir que as mães irão colocar em prática as orientações repassadas pelos profissionais de saúde. Para isso é necessário que haja um compromisso com a educação alimentar e nutricional, que deve ser realizada e encorajada por todos os canais de transmissão da informação, inclusive através da mídia televisiva, uma vez que ela alcança as famílias de diferentes condições socioeconômicas (HENRIQUES et al., 2012).

2.3 Meios de comunicação: “mídia televisiva”

A mídia é um termo que se refere aos meios de comunicação usados para a divulgação de informações, publicidades e propagandas entre os quais estão a televisão, rádio, revista, jornal e internet. Destes, o que tem maior destaque é a televisão, que vem adquirindo cada vez mais espaço na vida de todas as pessoas e exerce uma forte influência sobre muitos comportamentos, inclusive alimentares (HENRIQUES et al., 2012).

A televisão é um espaço simbólico que veicula valores, representações e visões do mundo (HINGLE; KUNKEL, 2012). É um dos maiores veículos de comunicação, abrangendo todas as classes sociais, ao ser utilizada para entretenimento e educação. Através dela temos informações de todo o mundo, sendo capaz de transmitir aos mais diversos lugares e culturas, dados sobre como as pessoas se comportam, o que vestem, o que pensam, como aparentam ser e o que comem (ALMEIDA; NASCIMENTO; QUAIOTI, 2002).

A televisão tem se tornado o maior veículo de mensagens sobre os alimentos não saudáveis, os quais fortemente mostrados durante os programas a que assiste toda a família (STRASBURGER, 2004; IOM, 2006). No entanto, pesquisas em várias partes do mundo têm mostrado que a influência negativa da televisão no consumo de alimentos ocorre principalmente entre crianças e adolescentes, conforme demonstrado no quadro 1.

Bener et al. (2010) encontraram uma forte associação entre as crianças que passavam horas no computador ou assistindo à TV e o fato de comer alimentos tipo “fast food”, levando ao desenvolvimento de hábitos de consumo alimentar sem qualidade. Em Manchester, na Inglaterra, Shi e Mao (2010) encontraram que o aumento na frequência do consumo de alimentos tipo “fast-food” e bebidas açucaradas esteve presente nos adolescentes que passaram ≥ 2 horas por dia assistindo à televisão.

Fiates; Amboni; Teixeira (2008), na cidade de Florianópolis, investigaram a relação entre as escolhas alimentares das crianças ao assistirem televisão e ao realizarem atividades físicas. Observaram que, quanto mais assistiam à televisão, maior era o consumo de alimentos ricos em calorias. Hare-Bruun et al. (2011) identificaram em jovens da Dinamarca que o frequente consumo de refeições enquanto se assistia à televisão, esteve associado às preferências e hábitos alimentares não saudáveis.

Já em relação aos adolescentes, Boyton-Jarret et al. (2003) observaram na cidade de Manchester, na Inglaterra, que os que assistiram à televisão por mais tempo, tiveram um baixo consumo de frutas e verduras. Essa associação pode ser resultado da substituição de frutas e verduras da dieta dos jovens por alimentos anunciados por esse meio de comunicação.

Park et al. (2012) realizaram um estudo transversal com adolescentes dos Estados Unidos, a fim de verificar quais fatores estavam associados ao alto consumo de bebidas açucaradas. Observaram que existiu uma maior probabilidade de alto consumo (≥ 3 vezes/dia) dessas bebidas por indivíduos do sexo masculino que assistiram à televisão > 2 horas/dia (OR: 1,70/hora-dia, IC_{95%} = 1,44 - 2,01, $p < 0,05$).

Vários estudos sugerem que os padrões alimentares estão sendo modificados e que essas mudanças estão estreitamente relacionadas ao hábito de assistir à televisão. Pois, sabe-se que uma exposição de apenas 30 segundos aos comerciais de alimentos é capaz de influenciar as escolhas alimentares, levando ao maior consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares que são os mais veiculados nessa mídia (BORZEKOWSKI et al., 2001).

Guran et al. (2010), na Turquia, investigaram as propagandas televisivas e mostraram que a maioria dos anúncios televisivos (81%) era de alimentos não saudáveis, enquanto na Suíça, Itália e Alemanha, Keller e Schulz (2010) mostraram que 55% das propagandas televisivas foram de alimentos do tipo “fast food” e doces industrializados. No Japão, Akamatsu (2010) observou que a maioria das propagandas de alimentos (55,7%) foi de lanches calóricos, tendo as crianças como público alvo. Estudo mais recente na Itália (2012)

mostrou que 62,7% dos anúncios televisivos eram de guloseimas (PELLAI et al., 2012). No Brasil, os achados não foram diferentes: Almeida, Nascimento e Quaioti (2002), através da gravação das programações matutina, vespertina e noturna, de três canais abertos durante 30 dias, constataram que do total de 840 propagandas de alimentos veiculadas nesse período, 47,3% foram de lanches calóricos.

Quanto mais tempo o telespectador passa assistindo à televisão, mais influência ele sofre, levando, além das mudanças nos hábitos alimentares, ao surgimento de outros problemas que estão associados a estes, como aumento da vida sedentária e consequentemente elevação das taxas de obesidade. Como observado por Hanley et al., (2000) em uma comunidade canadense, os adolescentes que assistiram à televisão durante cinco horas por dia tiveram um risco significativamente maior de excesso de peso do que aqueles que a ela assistiram por duas horas ao dia (OR: 2,52, IC_{95%}= 1,06-5,98, $p<0,05$).

Os achados na literatura relacionam o tempo assistindo à televisão com o aumento das taxas de obesidade e sedentarismo em várias partes do mundo. Steller; Signer; Suter, (2004) estudando crianças de Zurique no Nordeste da Suíça, encontraram que as crianças que brincam com jogos eletrônicos (OR: 2,03/hora-dia, IC_{95%}= 1,57-2,61, $p<0,001$) e assistem mais à televisão (OR: 2,83/hora-dia, IC_{95%}= 2,08-3,86, $p<0,001$) apresentaram maior risco para excesso de peso. Na cidade de Melbourne na Austrália, Salmon, Campbell e Crawford (2006) observaram que as crianças e os adolescentes que assistiram mais de duas horas por dia à televisão, tiveram um risco maior de má alimentação e baixo nível de atividade física.

No Brasil, estudos em algumas localidades apontam o mesmo problema da associação entre assistir à televisão e obesidade. Na cidade do Rio de Janeiro, Pimenta e Palma (2001) encontraram associação entre a obesidade e o tempo assistindo à televisão. Anos mais tarde, em outra localidade da cidade do Rio de Janeiro, Silva e Molina (2003) verificaram a mesma associação entre adolescentes e observaram que assistir à televisão estava associado aos adolescentes que tinham sobrepeso/obesidade (OR=1,17, $p<0,05$).

Uma pesquisa na cidade de São Paulo, com adolescentes, detectou associações estatisticamente significativas entre apresentar sobrepeso e obesidade e praticar atividades passivas, bem como consumir alimentos em frente à televisão (FRUTUOSO; BISMARCK-NASR; GAMBARDELLA, 2003). Por fim, Coon et al. (2001) examinaram se havia alteração no consumo alimentar das crianças, quando as refeições eram realizadas de frente à televisão. Encontraram nos padrões alimentares das crianças, cujas famílias veem televisão no horário da refeição, maior consumo de alimentos calóricos tais como pizzas, salgadinhos e refrigerantes.

As crianças são consideradas o grupo mais vulnerável a essas mensagens de alimentos não saudáveis, pois são menos capazes de julgar criticamente sua intenção (HENRIQUES et al., 2012). No entanto, quando a televisão é utilizada como veículo de educação, as crianças também são as que melhor respondem, como mostrado num estudo em Houston no Texas, quando Nicklas et al. (2010) verificaram se comerciais de frutas e hortaliças têm impacto positivo sobre as preferências das crianças e o resultado atendeu às expectativas, comprovando que houve influência positiva nas preferências alimentares das crianças por frutas e vegetais.

Outra forma de obter benefícios para saúde das crianças seria limitar o tempo que as crianças passam assistindo à televisão (CARLSSON; FEILETZEN, 2002). Eisenmann, Bartee e Wang (2002) observaram, em adolescentes que passavam pouco tempo assistindo à televisão, maiores níveis de atividade física associados ao peso corpóreo no padrão de normalidade, enquanto os que assistiam mais à televisão estavam com sobrepeso e eram sedentários.

No Brasil, um estudo com crianças escolares no estado de Mato Grosso do Sul observou que crianças eutróficas realizavam atividades físicas mais intensas e gastavam menos tempo assistindo à televisão e jogando videogames do que as crianças com sobrepeso (BARUKI, 2006).

No entanto, crianças menores de dois anos são pessoas sem autonomia, ou seja, elas comem os alimentos que lhes são oferecidos, dependendo de um cuidador, cujo papel na maioria das vezes, é exercido pela mãe (AQUINO; PHILIPPI, 2002). As mães desempenham uma função crucial no que diz respeito à alimentação do filho, desde a compra até o preparo dos alimentos (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008). Campbell et al. (2010), em estudo de análise das mães de crianças de um a cinco anos de idade em Vitória, Austrália, verificaram que as crianças maiores tinham autonomia nas escolhas alimentares e consumiam alimentos supérfluos, enquanto as mães das crianças com um ano de idade tiveram maior controle em limitar o consumo de produtos industrializados. Vale salientar que nesse estudo as mães tinham um grau de escolaridade elevado, ou seja, será que essas mães, por terem um grau de escolaridade maior, foram menos influenciadas pela mídia televisiva?

A fim de responder a esse questionamento, Molina et al. (2010) acharam que a baixa escolaridade materna (OR = 3,93; IC95%: 2,58;5,99) aumentou a probabilidade de a criança não consumir uma alimentação de boa qualidade, seja pela falta de acesso a alimentos saudáveis e informações adequadas, seja pela menor capacidade de discernir o que é saudável. Provavelmente, as mães de baixa escolaridade acreditam que, nas mensagens transmitidas

pelas propagandas televisivas, aparecem apenas produtos de qualidade que farão bem à saúde dela e à de seus filhos.

Diante do poder que a mídia televisiva vem adquirindo, é notória a preocupação da sua influência sobre as mães, levando-as a introduzirem cada vez mais cedo alimentos industrializados nas refeições dos filhos, o que contribui para a formação de hábitos alimentares não saudáveis, com comprometimento da saúde das crianças cada vez mais precoce.

Então, se é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário maior empenho por parte dos gestores públicos e profissionais da saúde, no tocante ao apoio e à orientação da promoção de práticas alimentares saudáveis, através de ações educativas continuadas, para que a mãe, principal cuidadora, tenha consciência de quais alimentos contêm os nutrientes indispensáveis à saúde de seus filhos. Pois, talvez assim, elas tenham a capacidade crítica de avaliar os conteúdos das propagandas televisivas.

Aliado a isso é preciso uma atenção por parte dos governantes, organizações não governamentais, comunitárias e indústrias apropriadas para formulação e transmissão de mensagens coerentes, sensíveis e claras. Essas mensagens têm que comunicar por diversos canais e de uma forma que responda as características da cultura local, assim como a idade e o sexo das pessoas. Os Estados devem formar alianças para dar ampla difusão às mensagens apropriadas e eficazes sobre a educação alimentar e a atividade física (WHO, 2004).

A educação em matéria de alimentação e atividade física, assim como a adequação de conhecimentos básicos sobre os meios de comunicação desde a escola primária, é importante para promover alimentações mais saudáveis e resistir às modas alimentares e as informações enganosas sobre estas questões. É preciso avaliar periodicamente as campanhas de comunicação e frear aquelas que contribuem para formação dos hábitos alimentares não saudáveis.

Como tem ocorrido em alguns países, Noruega, Bélgica, Dinamarca, Áustria entre outros, que já possuem a regulamentação da publicidade de alimentos infantis e vem contribuindo para mudanças nos padrões alimentares. Entretanto, no Brasil, em 2010, houve uma tentativa de regulamentar o assunto, pela publicação da Resolução 24/10 da ANVISA que dispõe sobre a propaganda, publicidade e informação de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, gorduras saturadas e trans, mas a forte pressão da indústria de alimentos por possuir o poder-dinheiro, bloqueou o andamento da Resolução que até hoje está suspensa pela justiça.

Portanto, se faz necessário o entendimento dos fatores determinantes na decisão de as mães introduzirem cada vez mais cedo alimentos industrializados considerados supérfluos para seus filhos lactentes, para que seja possível propor processos educativos efetivos, objetivando a mudança do atual padrão alimentar. E ainda cobrar por parte dos gestores públicos mais atenção no tocante a formação dos hábitos alimentares e aumentos das prevalências das doenças crônicas não transmissíveis.

Autor, ano e local	Tipo de estudo e amostra	Objetivo	Conclusão
NICKLAS, T.A. et al.; 2010. Houston, Texas.	Estudo de intervenção com 183 crianças pré-escolares.	Determinar se comerciais de fruta e hortaliças (fv) tem impacto sobre as preferências das crianças.	Os dados sugerem que os comerciais promovendo vegetais pode ser uma estratégia eficaz para influenciar as preferências das crianças pequenas por vegetais.
GURAN, T. et. al.; 2010. Turquia.	Estudo transversal. Foram avaliados 4 canais populares. Em dois dias da semana e dois finais de semana nos 3 horários.	Realizar uma análise do conteúdo abrangente na mídia televisiva de alimentos na Turquia.	A maioria (81%) dos anúncios eram alimentos não saudáveis e destes 30% dos alimentos obesogênicos tiveram as crianças como alvo.
KELLER, S.K.; SCHULZ, P.J.; 2010. Suíça, Itália e Alemanha.	Estudo transversal. Foram gravados os comerciais de televisão num período de 6 meses.	Descrever as categorias de produtos anunciados para as crianças durante os programas, os tipos dos alimentos promovidos e as características de comerciais de alimentos dirigidos as crianças.	Os resultados da análise dos conteúdos, mostrou que 55% das propagandas televisivas foram de alimentos fast food e doces.
AKAMATSU, R.; 2010. Japão.	Estudo transversal. Foram gravados os comerciais de televisão num período de 5 semanas.	Descrever a comercialização de lanche e bebidas para crianças nos comerciais de televisão e nas embalagens dos alimentos.	A maioria das propagandas de alimentos (55,7%) teve os lanches como os alimentos mais televisionados e o publico alvo foi às crianças.
SHI, L.; MAO, Y.; 2010. Califórnia.	Estudo transversal com 4029 adolescentes de 12 a 17 anos de idade.	Explorar a associação entre uso excessivo da mídia como atividade de lazer e comportamento de consumo específico de alimentos entre os adolescentes.	O consumo de fast food (OR = 1,38, p <0,01) e bebidas açucaradas mais de uma vez (OR = 1,41, p <0,01) esteve associado com a exibição excessiva de TV.
BENNER, A. et al.; 2010. Inglaterra.	Estudo transversal com 2467 estudantes em idade escolar (6 a 18 anos de idade).	Determinar se o uso excessivo de internet, ver televisão afetam os hábitos de vida em crianças em idade escolar.	O estudo sugere uma forte associação entre passar horas no computador ou TV, comer fast food e hábitos de consumo alimentar pobre.

Autor, ano e local	Tipo de estudo e amostra	Objetivo	Conclusão
CAMPBELL, K.; et al.; 2010. Vitória, Austrália.	Estudo transversal com mães de crianças de 1 ano (n=60) e de 5 anos de idade (n=80).	Descrever pontos de vista dos pais na influência da alimentação das crianças e nos comportamentos sedentários em dois momentos na infância.	As crianças de 5 anos de idade consumiam mais alimentos energéticos e passavam mais tempo assistindo TV/DVD e vídeo. As mães das crianças com 1 ano de idade tiveram mais controle em limitar o consumo de produtos industrializados.
MOLINA, M.C.B.; et al.; 2010. Vitória-ES.	Estudo transversal com amostra de 1282 crianças de 7 a 10 anos residentes	Analisar fatores socioeconômicos associados à baixa qualidade da alimentação entre crianças.	A baixa escolaridade materna (OR = 3,93; IC95%: 2,58;5,99) aumentou a probabilidade de a criança não consumir uma alimentação saudável.
FIATES, G.M.R.; AMBONI, R.D.M.C.; TEIXEIRA, E.; 2008. Florianópolis.	Estudo transversal com uma amostra composta de alunos do ensino primário de 7 a 10 anos de idade (n=57).	Investigar a relação entre as escolhas alimentares das crianças, assistirem televisão (TV) e hábitos de atividades físicas.	Enquanto se assistiu a TV, ocorreu maior consumo de alimentos ricos em calorias e não houve nenhum bloqueio dos pais com relação ao tempo perdido diante da TV.
SALMON, J.; CAMPBELL, K.J.; CRAWFORD, D.A.; 2006. Melbourne, Austrália.	Estudo transversal com crianças de 5 a 6 anos de idade (n=613), e adolescentes de 10 a 12 anos (n=947).	Analisar se os programas televisivos infantis podem ser indicadores de obesidade por promover mudanças no comportamento alimentar das crianças e diminuir o nível de atividade física.	Observou-se que as crianças e adolescentes que assistiram mais de duas horas por dia de televisão tiveram um risco maior de má alimentação e baixo nível de atividade física.
BARUKI, S.B.C.; et al.; 2006. Corumbá - Mato Grosso do Sul.	Estudo transversal com uma amostra de 403 escolares, com idade entre 7 e 10 anos.	Avaliar o estado nutricional e a associação com o padrão de atividade física em escolares.	Observou-se que crianças eutróficas, realizam atividades físicas mais intensas e gastam menos tempo assistindo à televisão e jogando videogames do que as crianças com sobrepeso.
STELLER, N.; SIGNER, T.M.; SUTER, P.M.; 2004. Zurique, Suíça	Estudo transversal em uma amostra (n=922) por conveniência em 10 escolas.	Analisar quais atividades sedentárias estão associadas com mudanças no comportamento alimentar levando a obesidade.	Houve associação da obesidade com o uso de televisão (OR: 2,83/hora-dia, IC _{95%} = 2,08-3,86, p<0,001) .

Autor, ano e local	Tipo de estudo e amostra	Objetivo	Conclusão
SILVA, R.C.M.; MALINA, R.M.; 2003. Niterói, Rio de Janeiro.	Estudo transversal com uma amostra (n=323) de adolescentes.	Verificar se o nível de atividade física e o tempo de assistir à televisão (TV) estão associados com a ocorrência de sobrepeso/obesidade	Assistir televisão mostrou-se associada ao sobrepeso/obesidade ($r=0,12$, $OR=1,17$, $p<0,05$). Foi significativa quando os indivíduos assistiram $TV \geq 3$ hs/dia ($p<0,05$).
FRUTUOSO, M.F.P.; BISMARCK-NASR, E.M.; GAMBARDILLA, A.M.D.; 2003. São Paulo.	Estudo transversal com uma amostra (n=155) de adolescentes.	Analisar a inatividade física e a influência da televisão na prática alimentar de adolescentes.	Foram detectadas associações estatisticamente significativas entre apresentar sobrepeso e obesidade e praticar atividades passivas e consumir alimentos em frente à televisão.
BOYTON-JARRET R. et al.; 2003. Manchester, Inglaterra.	Estudo Transversal com 548 adolescentes.	Avaliar o impacto de assistir televisão, no consumo de frutas e vegetais por adolescentes.	Assistir a televisão foi inversamente associados com a ingestão de frutas e vegetais entre os adolescentes.
EISENMANN, J.C.; BARTEE, T.; WANG, M.Q.; 2002. Estados Unidos.	Estudo transversal com 15143 adolescentes de 14 a 18,	Examinar a relação entre atividade física, assistir TV e peso de jovens dos Estados Unidos.	O aumento dos níveis de atividade física estavam associados com índice de massa corpórea normal e menos tempo de frente a televisão. No entanto, aqueles que assistiram mais televisão estavam com sobrepeso e eram sedentários.
COON, K.A. et al.; 2001. Washington.	Estudo transversal com 91 pares de pais e crianças,	Examinar as relações entre a presença da televisão durante as refeições e os padrões de consumo alimentar das crianças, para testar se este consumo se altera com a mídia televisiva.	O consumo alimentar das crianças de famílias que vê TV no horário da refeição foi maior em alimentos supérfluos, quando comparados com crianças de famílias que vê TV e comeram em momentos distintos.
PIMENTA, A.P.A.A.; PALMA, A.; 2001. Rio de Janeiro.	Estudo transversal com uma amostra de 56 crianças, alunos da 4ª série do Ensino Fundamental.	Investigar a prevalência da obesidade em crianças entre 10 a 11,9 anos.	Os resultados demonstraram uma elevada prevalência da obesidade, na amostra escolhida, e significativa associação entre o tempo dedicado à televisão e essa prevalência ($p<0,01$).

Autor, ano e local	Tipo de estudo e amostra	Objetivo	Conclusão
HANLEY, A.J.G.; et al.; 2000. Canadá.	Estudo transversal em crianças de 2 a 5 anos de idade (n=203), adolescentes de 10 a 19 anos de idade (n=242).	Avaliar a prevalência de excesso de peso e fatores comportamentais associados em crianças e adolescentes de uma comunidade Canadense com altas taxas de obesidade e diabetes nos adultos.	Os adolescentes que assistiram 5 horas de televisão por dia tiveram um risco significativamente maior de excesso de peso do que aqueles que assistiram duas horas por dia, (OR: 2,52, IC _{95%} = 1,06-5,98, p<0,05).
PELLAI, A.; et al.; 2012. Itália.	Estudo transversal. Foram gravados todos comerciais de televisão, que passava desenho animado.	Investigar a quantidade e tipo de propagandas televisivas durante a programação infantil.	A pesquisa permitiu analisar 3495 anúncios, 485 (13,88%) deles foram de alimentos, e entre estes (62,68%) foram uma presença maciça de anúncios de produtos do tipo guloseimas.
HARE-BRUUN, H.; et al.; 2011. Dinamarca.	Estudo transversal com 687 de crianças e adolescentes.	Investigar a associação entre o hábito de assistir à televisão e as preferências alimentares.	Encontraram uma associação inversa entre o hábito de assistir televisão e as preferências e hábitos alimentares saudáveis, ambos os grupos de crianças e adolescentes.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Foi realizado um estudo observacional com componente analítico, envolvendo dois grupos de mães de crianças até 24 meses, no período de janeiro a setembro de 2012.

O grupo caso foi constituído por mães integrantes de famílias de baixo nível socioeconômico cadastradas na Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira, pertencente ao VI Distrito Sanitário de Maceió-Alagoas. O grupo comparação foi constituído de mães que levaram seus filhos para atendimento de rotina em dois consultórios particulares de Pediatria da cidade de Maceió-Alagoas.

Os critérios de inclusão de ambos os grupos foram: mães com filhos até vinte e quatro meses de idade e que possuíam aparelho de televisão funcionando em casa, enquanto os critérios de exclusão foram: mães adolescentes, crianças portadoras de patologias com restrição alimentar e para o grupo comparação, mães que tiveram a consulta paga por outro membro que não fosse da família.

3.2 Tamanho Amostral

A amostra do tipo intencional foi composta por 202 mães de crianças até 24 meses, 103 pertencentes ao grupo caso e 99 pertencentes ao grupo comparação.

3.3 Descrição, Categorização e Operacionalização das variáveis

Para caracterização da amostra foram utilizadas as seguintes variáveis: idade materna, ocupação materna, número de filhos nascidos vivos, convívio da mãe com o companheiro, chefe da família, escolaridade materna, escolaridade do chefe, renda familiar per capita por número de salários mínimos posteriormente distribuídos em quartis (vigente na época R\$ 622,00) e cuidador da criança.

As variáveis do estudo foram distribuídas em 5 grupos, estando elas relacionadas ao ambiente familiar, à mídia televisiva, à assistência materno-infantil, ao aleitamento materno e ao consumo alimentar das crianças.

3.3.1 Variáveis relacionadas ao Ambiente Familiar

Variáveis	Definição	Categorização
Pessoas que dependem da renda da família	Quantidade de pessoas que dependem da renda, mesmo que morem em outra casa.	Variável discreta
Renda familiar	Somatório de todas as rendas da familiar, salário, programas do governo, aposentadoria. Foi considerada a renda familiar em salários mínimos <i>per capita</i> .	A Renda Familiar Per capita foi analisada em quartis de salários mínimos.
Idade materna	Idade biológica que a mãe tinha no momento da pesquisa.	Foi categoriza, tendo como referência a média de idade materna da amostra. ≤ 28 > 28
Trabalho ou ocupação materna	Função que a mãe exerce.	Não Trabalha/ do lar Desempregada Empregada
Escolaridade materna	Número de anos que concluiu na escola. (IBGE, 2010)	5 a 8 anos ≤ 4 anos ≥ 9 anos
Mãe convive com o companheiro	O pai da criança está convivendo ao lado da mãe na mesma casa.	Sim Não
Chefe da família	Quem assume o papel de chefe da casa arcando com maior parte das despesas	(1) Mãe (2) Pai (3) Avó (4) Outros: _____
Escolaridade do chefe da família	Número de anos que concluiu na escola	5 a 8 anos ≤ 4 anos ≥ 9 anos
Número de filhos nascidos vivos	Quantidade de filhos que a mãe teve nascidos vivos	1 2 e 3 >3
Creche ou escola	Se a criança menor de 2 anos frequenta creche ou escola	(1) Sim, rede particular (2) Sim, rede pública (3) Não, já frequentou (4) Nunca frequentou
Tempo diário de permanência	Período que a criança fica na escola ou creche	(1) Parcial, só manhã (2) Parcial, só tarde (3) Integral.
Cuidador	O responsável pela criança durante semana, na maior parte do tempo.	(1) Mãe (2) Empregada doméstica/Babá (3) Outros: avós ou pai.

3.3.2 Variáveis relacionadas à Mídia Televisiva

Variáveis	Definição	Categorização
Tempo gasto assistindo televisão por dia	Definido com base nas Diretrizes da Academia Americana de Pediatria (2001)	-telespectadores limitados (<2horas/dia); -telespectadores moderadamente alto (2-5 horas/dia); -telespectadores pesados (≥ 5 horas/dia).
Refeições em família são feita em frente a televisão		(0) Não, nunca (1) Sim, Raramente (2) Sim, sempre
Os alimentos que a mãe dá ao filho são veiculados pela mídia televisiva	A mãe informou se os alimentos que ela comprava eram veiculados pela mídia televisiva	(0) Não, nunca (1) Sim, Raramente (2) Sim, sempre
Opinião das mães sobre os alimentos veiculados nas propagandas televisivas		(0) Nenhum é saudável (1) Alguns são saudáveis; (2) Todos são saudáveis

3.3.3 Variáveis da assistência materno-infantil e aleitamento materno

Variáveis	Definição	Categorização
Orientação sobre aleitamento materno no pré-natal	Se algum profissional da saúde esclareceu a mãe sobre a importância do aleitamento materno.	(0) Não, nunca (1) Sim, raramente (2) Sim, em todas as consultas
Profissional que orientou	No pré-natal qual profissional que orientou sobre amamentação.	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Outros: Agente de saúde ou nutricionista.
Após o parto recebeu ajuda no processo de amamentação	Profissional da saúde ajudou a mãe no processo de amamentação	(0) Não (1) Sim

Orientações sobre como amamentar na consulta de puericultura	Se o profissional responsável pela consulta passou informações sobre como amamentar	(0) Não, nunca (1) Sim, em todas as consultas (2) Sim, raramente
A criança mamou no peito		(0) Não, nunca mamou (1) Sim (2) Ainda mama
Duração do aleitamento materno exclusivo	Até que idade só mamou, sem receber água, chá, leite ou qualquer outro tipo de alimento.	< 6 meses ≥ 6 meses
A mãe recebeu orientação de algum profissional de saúde de como introduzir novos alimentos a criança		(0) Não, nunca (1) Sim, raramente (2) Sim, sempre recebi orientações
Profissional que orientou sobre a alimentação complementar	O profissional da saúde que orientou as mães a introduzirem o alimento de forma correta.	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Outros: Nutricionista ou agente de saúde.
Com que idade a mãe começou a introduzir outros alimentos na alimentação da criança	Com que idade começou a introdução dos alimentos complementares a criança	< 4 meses ≥ 4 meses

3.3.4 Variáveis do consumo alimentar infantil

As variáveis referentes ao consumo alimentar foram coletadas utilizando um questionário de frequência alimentar – QFA (ANEXO A) qualitativo validado por Colucci, Philippi e Slater (2004), o qual foi adaptado para a faixa etária de até 24 meses com a finalidade de se adequar melhor aos objetivos propostos. O padrão de consumo alimentar foi avaliado pelo método proposto por Fornés et al. (2002), no qual o cômputo geral da frequência do consumo foi convertido em escores.

Os escores foram estabelecidos da seguinte maneira:

1. Os alimentos foram registrados por meio do QFA composto por 63 itens alimentares e classificados em quatro categorias de frequência de consumo: raro/nunca, consumo diário, semanal ou mensal;

2. Para que a frequência de consumo de cada alimento pudesse ser adotada como frequência de consumo mensal, foi atribuído um peso a cada categoria de frequência de consumo.
3. Foi definido como valor de peso máximo (peso=1) a frequência diária de consumo. Os demais pesos foram obtidos de acordo com a seguinte equação:

$$\text{Peso} = (1/30) \times (a)$$

Onde *a* correspondeu ao número de dias consumido no mês. Quando *a* se referiu ao consumo semanal, converteu-se o número à frequência de consumo mensal, multiplicando-o por 4, considerando que o mês tem quatro semanas. Por exemplo, para um alimento consumido 4 vezes na semana sua frequência de consumo mensal foi de 16 vezes no mês. Assim, o peso para frequência ficou: $\text{Peso} = (1/30) \times (16) = 0,533$.

4. Após o cálculo do peso da frequência de consumo de cada item, os alimentos analisados foram inseridos em seis grupos de alimentos estabelecidos pelo Guia Alimentar Brasileiro para crianças menores de 2 anos (2002) (BRASIL, 2002): o grupo I foi composto pelos alimentos-fonte de carboidratos (pães e cereais) que compõem a base da pirâmide; o grupo II foi composto por alimentos-fontes em vitaminas, minerais e fibras (frutas, legumes e verduras); no grupo III foram inseridos os alimentos-fonte de proteína de origem animal e leguminosa (carnes, miúdos, ovos e feijão); no grupo IV foram colocados os alimentos fonte de cálcio (leite e produtos lácteos); no grupo V foram inseridos os alimentos do topo da pirâmide (açúcares, doces, óleos e gorduras) e no grupo VI, os alimentos industrializados considerados supérfluos, os quais, segundo o Guia Alimentar Brasileiro para crianças menores de 2 anos (2002), não devem ser oferecidos a crianças dessa idade, pois em suas composições apresentam quantidades excessivas de lipídeos e/ou açúcares ou contêm substâncias indesejáveis para o consumo dessa faixa etária, como corantes e conservantes químicos (caldo de carne, sopinha industrializada, macarrão instantâneo, suco artificial, refrigerante, bebidas adoçadas do tipo guarina, doce industrializados, gelatina, biscoito recheado, salgadinho, pipoca amanteigada, achocolatado, balas, cereais matinais com açúcar, chocolates, papinhas doce ou salgada industrializadas, linguiça, salsicha, hambúrguer e salame).

Os escores de frequência de consumo foram calculados mediante o somatório dos valores da frequência de consumo para os alimentos correspondentes a cada grupo. O escore I foi representado pelo somatório dos valores de consumo dos alimentos que compuseram o Grupo I, o escore II pelo somatório dos valores de consumo de alimentos que compuseram o Grupo II, e assim sucessivamente. No entanto, tendo em vista que os grupos alimentares constituídos para esse estudo foram compostos por diferentes números de alimentos, foi considerado o escore médio de cada grupo para a caracterização do padrão de consumo alimentar.

3.4 Operacionalização do estudo

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Todos os dados coletados foram registrados em formulários previamente testados. Foram criados quatro formulários: 1) registro materno (APÊNDICE A); 2) registro socioeconômico e demográfico da família (APÊNDICE B); 3) registro da assistência materno-infantil oferecida pelos profissionais da saúde (APÊNDICE C); e 4) registro da influência da mídia televisiva (APÊNDICE D).

3.4.2 Coleta dos Dados

Foi realizado um estudo-piloto na Unidade Saúde da Família Carla Nogueira e nos consultórios particulares escolhidos para a realização da pesquisa, no período de 16 a 26 de novembro de 2011, quando foram entrevistadas 30 mães de cada grupo. Nessa ocasião, além de testar o instrumento de coleta, foi colocada em prática a logística do trabalho de campo.

A atividade de coleta de dados teve início em 23 de janeiro de 2012, sendo concluída em 25 de abril do mesmo ano. O trabalho de campo na USF contou com o apoio dos agentes comunitários de saúde, para sensibilização das mães cadastradas na USF em participar da pesquisa. Já nos consultórios, o desempenho dessa tarefa de apoio coube às atendentes dos consultórios e aos pediatras.

Na abordagem às mães, eram feitas a explicação dos objetivos da pesquisa, bem como a confidencialidade dos dados, tendo sido assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E) por aquelas que concordaram em participar da pesquisa.

3.5 Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados em duplicata no Programa Epi Info versão 6.04 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA), e realizado o *validate* para checar eventuais erros de digitação. A análise estatística foi realizada no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13.0, e através da análise univariada foi calculada a frequência de cada variável do estudo. Para comparar as frequências, foi utilizado o teste do qui-quadrado. Em todas as situações analisadas, a significância estatística foi assumida quando $p < 0,05$.

Para a análise dos escores de frequência de consumo alimentar, em virtude de se tratar de uma mensuração do tipo ordinal e de essas frequências apresentarem uma distribuição não normal, foram descritas sob a forma de mediana e intervalo interquartil (IQ). A associação do consumo alimentar com as variáveis socioeconômicas e demográficas foi avaliada pelos testes “U” de Mann Whitney (duas medianas) e Kruskal Wallis (mais de duas medianas), empregando-se o teste de “U” de Mann Whitney *a posteriori*. Na validação das associações investigadas, foi adotado o valor de $p < 0,05$.

3.6 Considerações éticas

O projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, em 23 de janeiro de 2012, sob o número 0437.0.172.000-11 (ANEXO B).

4. RESULTADOS

O resultado deste estudo será apresentado sob a forma de um artigo original que está formatado conforme regulamentação do Colegiado de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e foi submetido à avaliação para publicação no Jornal de Pediatria, cujas normas para elaboração encontram-se em anexo (ANEXO C).

- ✓ Artigo intitulado “*Alimentação De Lactentes: Influência Da Mídia Televisiva*” objetiva avaliar a influência do ambiente familiar, mídia televisiva e dos profissionais de saúde nas escolhas alimentares maternas para seus filhos até 24 meses e o padrão alimentar dessas crianças.

Artigo Original:

“Alimentação De Lactentes: Influência Da Mídia Televisiva”

Artigo Original

Alimentação de lactentes: influência da mídia televisiva¹

Infant feeding: influence of television media

Andréa M Santos*, Haroldo S Ferreira†, Giselia A P Silva‡.

*Mestranda. Pós-graduação em Nutrição na área de concentração Nutrição em Saúde Pública. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Departamento de Nutrição UFPE. (marques.nutri@hotmail.com)

†Doutor em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Professor Associado IV. Universidade Federal de Alagoas (UFAL. Bolsista de Produtividade do CNPq) (haroldo.ufal@gmail.com)

‡Doutora em Pediatria EPM/UNIFESP, Professora Titular de Pediatria da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE. Bolsista de Produtividade do CNPq) (giseliaalves@gmail.com)

Todos os autores possuem currículos cadastrados na Plataforma Lattes.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Colaboradores

AM Santos foi responsável pela concepção do estudo, coletou os dados, interpretou os dados e trabalhou na redação do artigo; HS Ferreira analisou os dados e realizou a revisão do artigo; GAP Silva trabalhou na concepção do estudo, interpretação dos dados, orientação da redação do artigo e na revisão crítica do conteúdo da versão final.

Correspondência: Andréa M dos Santos

Av. Enfermeira Noraci Pedrosa, nº422, Antares Maceió-AL

CEP: 57083-060

Fone: (82) 3328-2612 ou 8892-8296

Endereço eletrônico: marques.nutri@hotmail.com.

Total de palavras do texto: 2971 palavras.

Total de palavras do resumo: 248 palavras.

Números de tabelas: 4 tabelas.

¹Artigo formatado de acordo com as normas da revista Jornal de Pediatria Rio de Janeiro

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência do ambiente familiar, mídia televisiva e profissionais de saúde nas escolhas alimentares maternas para seus filhos até 24 meses e o padrão alimentar dessas crianças. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional com componente analítico, com amostra intencional de 202 mães de crianças até 24 meses. As variáveis para inferir a influência da mídia televisiva foram: tempo que a mãe passava assistindo à televisão, categorizado de acordo com as Diretrizes da Academia Americana de Pediatria; refeições em família realizadas em frente à televisão; alimentos que a mãe dá ao filho veiculados pela mídia televisiva e a opinião das mães sobre esses alimentos. O modelo empírico também considerou variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e participação dos profissionais da saúde na assistência materno-infantil. **Resultados:** As mães do grupo caso passam mais tempo assistindo à televisão ≥ 5 horas/dia e com mais frequência faziam as refeições em frente à televisão ($p < 0,01$). Foi observado que as mães do grupo comparação tiveram melhor apoio para amamentação e na introdução dos novos alimentos à criança. Com relação ao padrão alimentar, a mediana dos escores de consumo mostrou que o de produtos industrializados ($p < 0,01$) foi maior nas crianças do grupo caso. **Conclusão:** Essas evidências sugerem que a influência da mídia televisiva e a falta de apoio dos profissionais da saúde provavelmente contribuem para práticas alimentares inadequadas e as crianças pertencente as famílias de baixo nível socioeconômico, já têm no seu cardápio o consumo de produtos industrializados em detrimento do consumo de alimentos saudáveis.

Descritores: Hábitos Alimentares, Cuidadores, Família, Televisão, Propaganda de Alimentos.

ABSTRAT

Objective: To evaluate the influence of family environment, television media and health professionals in maternal food choices for their children up to 24 months and feeding patterns of these children. **Methods:** We conducted an observational study with an analytical component, intentional sample of the 202 mothers of children up to 24 months. The variables to infer the influence of television media were time that the mother spent watching television, categorized according to the Guidelines of the American Academy of Pediatrics; family meals held in front of the television; food that the mother gives the child aired by the television media and opinion of mothers on these foods. The empirical model considered demographic, socioeconomic, behavioral and participation of health professionals in maternal and child health. **Results:** The mothers of the case group spend more time watching television ≥ 5 hours / day and more often took their meals in front of the television ($p = 0.00$). It was observed that the mothers in the comparison group had better support to breastfeeding and the introduction of new foods to children. With respect to the median dietary pattern scores showed that the consumption of processed products ($p = 0.00$) was higher in children in the case group. **Conclusion:** These data suggests that the influence of television media and lack of support from health professionals likely contribute to inadequate feeding practices and children belonging to families of low socioeconomic status, already have on their menu the consumption of industrial products at the expense of consumption healthy food.

Key-words: Eating Habits, Caregivers, Family, Television, Advertising of food.

INTRODUÇÃO

Os dois primeiros anos de vida constituem uma fase caracterizada por rápido crescimento e desenvolvimento¹. A alimentação adequada nessa época é essencial, pois esse é o período em que os hábitos alimentares começam a se estabelecer e podem permanecer na adolescência e na idade adulta².

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses, estendendo-se aos dois anos ou mais, aliado à introdução da alimentação complementar (AC) balanceada e equilibrada são enfatizados pela Organização Mundial da Saúde como medidas importantes de saúde pública, com impacto efetivo na redução do risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis³. Entretanto, a fase de transição alimentar é complexa, pois o lactente não tem autonomia e depende da pessoa que o alimenta, que na maioria das vezes é a mãe, envolvendo nesse processo uma interação emocional entre ambos, influenciada principalmente por fatores culturais, socioeconômicos e pela mídia⁴.

A AC adequada deve compreender uma composição equilibrada de alimentos com quantidade ajustada de macro e micronutrientes, livre de contaminação, de fácil consumo e aceitação, com custo aceitável e preparada a partir de alimentos habitualmente consumidos pela família⁵. Porém, as práticas alimentares das famílias brasileiras vêm sofrendo mudanças, em virtude principalmente das transformações no cotidiano de vida e de trabalho. A mãe que ainda exerce papel central no cuidado com a saúde e a alimentação da família, passou a ter maior participação no mercado de trabalho, assumindo, assim, uma multiplicidade de atribuições e com isso buscando alimentos que tenham maior praticidade e rapidez no preparo⁶.

As “novas” práticas alimentares têm levado as crianças a uma exposição cada vez mais precoce a alimentos reconhecidamente associados ao ganho de peso excessivo, seja pelas várias atribuições da mãe, pela falta de opções saudáveis no ambiente familiar ou ainda pelo

bombardeio de propagandas alimentícias que influenciam negativamente nas escolhas alimentares das mães para seus filhos^{4,6}.

Atualmente, a propaganda de alimentos tem sido foco de discussões entre especialistas da área de saúde, pois a literatura relata que a televisão tem se tornado o maior veículo de mensagem sobre alimentos não saudáveis o que tem influenciado nas escolhas alimentares das crianças e adolescentes⁶.

A televisão, dentre todas as mídias veiculadoras de publicidade, é a mais presente em todas as classes sociais e é a mais significativa, pois veicula conceitos errôneos sobre os alimentos e a nutrição, modificando os hábitos alimentares. A mídia televisiva tem influenciado através do seu poder de persuadir, convencer e seduzir os telespectadores, e na maioria das vezes tem como alvo as crianças^{8,9}.

Considerando que a alimentação exerce influência nos processos de saúde e doença dos indivíduos, e dando relevância ao fato que é na infância que o hábito alimentar inicia sua formação, o entendimento acerca da influência da mídia televisiva e de outros fatores na formação desse hábito são de grande importância.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência do ambiente familiar, mídia televisiva e dos profissionais de saúde nas escolhas alimentares que as mães fazem para seus filhos até 24 meses e o padrão alimentar dessas crianças.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional com componente analítico, envolvendo dois grupos de mães de crianças até 24 meses residentes na cidade de Maceió-Alagoas.

O **grupo caso** foi constituído por mães cadastradas na Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira (USF), localizada em um bairro de baixa renda, pertencente ao VI Distrito

Sanitário. O **grupo comparação** foi constituído de mães que levaram seus filhos para atendimento em dois consultórios particulares de Pediatria da cidade.

Os critérios de inclusão foram: mães com filhos até 24 meses de idade e que possuíam aparelho de televisão funcionando em casa, e os critérios de exclusão foram: mães adolescentes e, ainda, para o grupo comparação, mães que tiveram a consulta paga por outro membro que não fosse da família.

A amostra foi do tipo intencional perfazendo um total de 202 mães, das quais 103 pertencem ao **grupo caso** e 99 ao **grupo comparação**. As mães que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O protocolo de estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, e aprovado em 23 de janeiro de 2012, sob o número 0437.0.172.000-11.

O recrutamento das mães do **grupo caso** foi realizado através de busca ativa junto aos agentes comunitários de saúde da USF, enquanto as mães do **grupo comparação** foram recrutadas pelos pediatras e sensibilizadas a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por uma nutricionista, através de entrevista com as mães biológicas das crianças, foram coletados dados socioeconômicos, demográficos e de saúde da criança por meio de formulários previamente testados.

Para caracterização da amostra foram utilizadas as seguintes variáveis: idade materna, ocupação materna, número de filhos nascidos vivos, convívio da mãe com o companheiro, chefe da família, escolaridade materna, escolaridade do chefe, renda familiar per capita por número de salários mínimos posteriormente distribuídos em quartis (vigente na época R\$ 622,00) e cuidador da criança.

Para verificar a influência da mídia televisiva foram estabelecidas as seguintes variáveis: tempo que a mãe passava assistindo à televisão (categorizado em < 2 horas/dia

telespectador limitado, 2-5 horas/dia telespectador moderadamente alto e ≥ 5 horas/dia telespectador pesado) de acordo com as Diretrizes da Academia Americana de Pediatria¹⁰; refeições em família realizadas em frente à televisão; alimentos que a mãe dá ao filho veiculados pela mídia televisiva e a opinião das mães sobre os alimentos televisionados. Com relação à participação dos profissionais de saúde foram verificadas variáveis relacionadas à assistência ao pré-natal, ao aleitamento materno e à introdução dos novos alimentos.

O consumo alimentar foi avaliado utilizando um questionário de frequência alimentar (QFA) qualitativo validado¹¹, o qual foi adaptado para a faixa etária de crianças até 24 meses, com a finalidade de se adequar melhor aos objetivos propostos. A avaliação do QFA se deu pelo método proposto por Fornés et al.¹², na qual o cômputo geral da frequência do consumo é convertido em escores.

Foram instituídos seis grupos de alimentos estabelecidos com base no Guia Alimentar Brasileiro (Pirâmide Alimentar) para crianças menores de 2 anos¹³ compostos pelos alimentos-fonte: o grupo I, carboidratos (pães e cereais); o grupo II, vitaminas, minerais e fibras (frutas, legumes e verduras); o grupo III, proteína de origem animal e leguminosa (carnes, miúdos, ovos e feijão); o grupo IV, cálcio (leite e produtos lácteos); o grupo V, carboidratos simples e gorduras adicionais (açúcares, doces, óleos e gorduras) e o grupo VI o que não deve ser oferecidos à criança até 24 meses (refrigerantes, produtos industrializados com conservantes, produtos com corantes artificiais, embutidos, enlatados, doces industrializados, café, chás, frituras e alimentos muito salgados ou adocicados).

Tendo em vista que os grupos alimentares constituídos para este estudo foram compostos por diferentes números de alimentos, foi considerado o escore médio de cada grupo para caracterização dos hábitos alimentares das crianças.

Para comparação das frequências entre os grupos caso e comparação, foi utilizado o teste do Qui-quadrado. As variáveis qualitativas ordinais foram descritas sob a forma de

mediana e intervalo interquartílico (IQ). A associação da variável consumo alimentar com as demais variáveis foi avaliada pelos testes “U” de Mann Whitney e Kruskal Wallis, empregando-se o teste de “U” de Mann Whitney *a posteriori*. Para verificar se houve diferença no consumo de alimentos entre as crianças, os escores de consumo de cada grupo foram também categorizados em quartis.

A base de dados foi digitada no Programa Epi Info versão 6.04 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA), com dupla entrada, e posterior uso do módulo *validate* para checar eventuais erros de digitação. Para as análises estatísticas, foi empregado o SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 202 mães, sendo 51% (103/202) das mães pertencentes ao **grupo caso**, que tiveram seus filhos atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF) Carla Nogueira e 49% (99/202) constituintes do **grupo comparação**, que tiveram seus filhos atendidos em dois consultórios de rede particular. Na Tabela 1, encontram-se as características socioeconômicas e demográficas dos grupos do estudo.

As mães do **grupo caso**, em sua maioria, tinham uma renda familiar per capita de até ½ salário mínimo, apresentaram os menores níveis de escolaridade em 98,1% (101/103), tornaram-se mães mais jovens ≤ 28 anos, bem como foi mais frequente estas terem mais de 1 filho, quando comparadas as mães do **grupo comparação** sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Na Tabela 2, observa-se que as mães do **grupo caso** passam mais tempo assistindo à televisão (≥ 5 horas/dia) e as famílias têm um comportamento mais frequente de realizar as refeições em frente à televisão (TV). A respeito da opinião das mães sobre as propagandas televisivas de alimentos, no **grupo caso**, ¼ delas disse que todos os alimentos vistos nas

propagandas televisivas eram saudáveis e metade das mães desse grupo ofertava a seus filhos alimentos veiculados pela mídia televisiva.

Foi observado que, durante o pré-natal, a maioria das mães dos dois grupos recebeu orientação dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno. Entretanto, as mães do **grupo comparação** tiveram melhor ajuda e orientação no processo de amamentação no pós-parto e orientação na introdução dos novos alimentos a criança, enquanto mais de ¼ das mães do **grupo caso** nunca receberam nenhuma orientação sobre a introdução de novos alimentos.

A Tabela 3 mostra que a introdução precoce, antes dos 4 meses, de novos alimentos foi mais frequente no **grupo caso**. A maioria das crianças do **grupo caso** consome alimentos dos grupos: pães e cereais (59,5%), massas e açúcares (62,9%) e industrializados (76,4%), enquanto no **grupo comparação**, o maior consumo foi de alimentos dos seguintes grupos: frutas, legumes e verduras (72,2%), carnes, miúdos e ovos (67,8%) e leite e produtos lácteos (63,3%).

Os escores de consumo alimentar das crianças apresentado na Tabela 4 demonstram que quanto maiores os níveis de escolaridade materna e renda familiar, maior foi o consumo das crianças nos grupos alimentares II (frutas, legumes e verduras) e III (carnes, miúdos e ovos). Já, o consumo de produtos industrializados pelas crianças foi significativamente mais alto quando as mães confirmaram menores níveis de escolaridade e renda familiar.

Os dados na Tabela 4 mostram que as mães que passam mais horas em frente à TV e às famílias que fazem refeições diante da TV, seus filhos tiveram menor consumo nos grupos alimentares II (frutas, legumes e verduras) e consumiram mais alimentos do grupo VI (produtos industrializados). O maior consumo de produtos industrializados também foi mais frequente entre as crianças cujas mães davam ao filho alimentos que são veiculados pelas propagandas televisivas.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para a influência da mídia televisiva nas escolhas alimentares maternas para seus filhos, a falta de ajuda e orientação dos profissionais da saúde e o consumo de alimentos inadequados nos dois primeiros anos de vida, sendo mais frequente nas mães pertencentes às famílias de mais baixa renda.

As mães do **grupo caso** apresentaram baixos níveis de escolaridade e relataram passar mais horas diante da TV, o que sugere que elas estão mais expostas e vulneráveis às propagandas de alimentos não saudáveis, uma vez que, com menor nível de escolaridade, é provável que elas tenham menor capacidade de discernir quais alimentos são mais adequados para seus filhos⁹. Essa influência pode ser especulada a partir da observação de que o escore de consumo das crianças no **grupo caso** foi maior em relação aos alimentos industrializados considerados supérfluos.

Alguns estudos na literatura enfatizam os achados de quanto maior o tempo diante da televisão, maior é o consumo de alimentos não saudáveis, sendo as crianças e adolescentes considerados os grupos mais vulneráveis à propaganda com essas mensagens de alimentos^{14,15,16}. Esse fato ocorre por esse público ser desprovido de informação sobre alimentos saudáveis e também possuir grande influência nas compras da família¹⁷.

No **grupo comparação** foi observado que as melhores condições de renda e escolaridade materna garantiram o maior consumo dos alimentos pertencentes aos grupos II e III que são benéficos e essenciais à saúde infantil, havendo menor consumo dos produtos industrializados. Sugerindo que o acesso à informação de que os produtos industrializados são dispensáveis nos primeiros dois anos de vida, ainda depende do melhor nível sociocultural¹⁸, ou seja, que a nutrição de uma criança não depende somente do acesso a uma alimentação adequada, mas, sobretudo, da educação e cultura da família⁴.

Os achados corroboram com a literatura que mostra condições de rendas satisfatórias atreladas às maiores oportunidades de melhorar o nível de instrução e de acesso às informações, favorecendo uma escolha adequada de alimentos e, conseqüentemente, uma alimentação mais adequada para as crianças¹⁹.

A influência da mídia televisiva mostrou ser maior quando as refeições em família foram realizadas diante da TV, pois, no **grupo caso**, a maioria das mães relatou esse comportamento, o que possivelmente contribuiu para um escore maior de consumo de produtos industrializados entre as crianças desse grupo.

Estudos têm observado nas famílias que veem televisão no horário da refeição, padrões alimentares inadequados, com maior consumo de alimentos calóricos entre as crianças, adolescentes e adultos. No Brasil, na cidade de Florianópolis, Fiates et al.²⁰ observaram que, enquanto a família assistia à televisão, ocorreu maior consumo de alimentos-fonte de carboidratos simples e gorduras. Isso ocorre porque as famílias que assistem à televisão enquanto fazem as refeições podem ficar distraídas e acabam tendo falta de consciência no consumo real de alimentos ou ignoram os sinais internos de saciedade, o que pode levar ao consumo alimentar excessivo^{21,22,23}. Tais alterações no consumo alimentar podem ter grande impacto entre crianças, pois os bons hábitos alimentares são associados à prevenção de doenças e comportamentos saudáveis que são desenvolvidos na infância, podendo estender-se até a vida adulta^{24,25}.

A mídia televisiva é considerada o *quarto poder*, ou seja, o quarto maior segmento econômico do mundo, sendo a maior fonte de informação e entretenimento que a população possui. Através dela, a indústria lucra com a venda de alimentos prejudiciais à saúde, mas não se responsabiliza pelos danos causados aos consumidores, restando ao Estado, que não é capaz de frear essa mesma indústria, arcar com os danos causados à população⁶. O assunto é tão relevante que, no Brasil e em diversos países, há associações que discutem e lutam pela

regularização da publicidade de alimentos²⁶. No Brasil, em 2010, numa tentativa de regular o assunto, a ANVISA publicou a Resolução 24/10 que dispõe sobre a propaganda, publicidade e informação de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, gorduras saturadas e trans, mas a forte pressão da indústria de alimentos bloqueou o andamento da Resolução que até hoje está suspensa pela justiça.

Outro aspecto também verificado foi à carência de apoio e orientação dos profissionais da saúde no que diz respeito à educação alimentar e nutricional, pois, mesmo existindo uma ampla cobertura do pré-natal para as mães dos dois grupos e a maior parte ter sido orientada sobre o aleitamento materno, as mães do **grupo caso** em sua maioria introduziram alimentos industrializados mais precocemente, o que pode ser ocasionado pela falta de orientação sobre como introduzir novos alimentos às crianças.

As mães do **grupo caso** foram atendidas na USF onde os profissionais de saúde são responsáveis pela atenção básica e devem priorizar a realização de um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que abranjam a promoção e a proteção da saúde²⁷. Para isso, o governo vem investindo em políticas de saúde que promovam ações de prevenção e orientação nutricional, tais como o “Guia alimentar para crianças menores de 2 anos”¹³, que, entre outras recomendações, propõe “Os 10 passos para alimentação saudável das crianças menores de 2 anos” e a mais recente “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”²⁸, que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e de alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do sistema único de saúde.

Sob essa ótica, a prática observada na USF em questão sugere desconhecimento ou desatenção na implementação dessas políticas, uma vez que mais de ¼ das mães atendidas nessa unidade relataram nunca ter sido orientadas no tocante à introdução de novos alimentos. Logo, parece que as atividades da equipe multiprofissional da USF estão sendo voltadas ao desempenho de atividades pontuais e cumprimento de metas, ou ainda os profissionais

trabalham com excesso de demanda, o que prejudica a qualidade de atendimento prestado à população, como observado em outros estudos^{33,34}.

Contudo, a ausência de estímulo à educação alimentar e nutricional das mães parece ser uma realidade comum no Brasil, uma vez que muitos estudos mostram que as crianças até 24 meses estão sendo desmamadas cada vez mais cedo e a introdução de alimentos complementares está ocorrendo de forma errada e precoce^{5,29,30,31}. Dados da II Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno, DF e capitais brasileiras³² mostram que crianças de 0 a 12 meses já consomem bolachas e/ou salgadinhos, e no Nordeste esse consumo atingiu quase a metade das crianças de 6 a 9 meses (44,1 %).

Entretanto no **grupo comparação**, amostra dos consultórios, onde não há uma equipe, apenas o pediatra, o estudo aponta maior participação deste na realização do modelo de assistência preventiva, pois a maioria das mães foi orientada quanto à introdução dos novos alimentos. Porém, a duração do aleitamento materno foi < 6 meses na maioria das crianças, o que sugere que o apoio e a orientação em realizar educação em saúde devem ser feitos por uma equipe multiprofissional e com ações rotineiras que visem contemplar a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade.

Os resultados sugerem que a influência da mídia televisiva e a falta de apoio dos profissionais da saúde vêm contribuindo para práticas alimentares inadequadas cada vez mais cedo. Independente do nível socioeconômico, as crianças de até 24 meses já têm no seu cardápio produtos industrializados.

Essas evidências demonstram a necessidade da implantação de medidas de intervenção tanto nos serviços de saúde como nos consultórios particulares para orientação às mães e promoção da alimentação complementar saudável e ainda a responsabilidade do poder público

para agilizar a aprovação do Regulamento Técnico que normatiza os termos das atividades publicitárias destinadas ao público infantil.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos concedida. Ao diretor da Unidade Saúde da Família Carla Nogueira, aos agentes comunitários que saúde que se mostraram prestativos ao recrutamento das mães e visitas domiciliares. Aos médicos Genilda Sampaio e Irminton Moreira pelo apoio e pela atuação ao mobilizarem as mães para participarem do estudo. Aos colegas Ewerton Amorim e Cláudia Sabino pelas análises estatísticas iniciais. Agradecimentos especiais às mães que, com generosidade e desprendimento, nos cederam todas as informações que estavam ao seu alcance no momento da entrevista.

Referências

1. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev Nutr.* 2010; 23:475- 86.
2. Freiberg CK, Philippi ST, Leal GVS, Martinez MF, Silva MEW. Avaliação do consumo alimentar de crianças menores de dois anos institucionalizadas em creches no município de São Paulo. *Rev Assoc Bras Nutr.* 2012;4:17-21.
3. Datillo AM, Birch L, Krebs NF, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Need for Early Interventions in the Prevention of Pediatric Overweight: A Review and Upcoming Directions. *J Obes.* 2012;1-18.
4. 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.* 2007;7:373 -80.
5. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr.* 2010;86:196-201.
6. Henriques P, Sally EO, Burlandy L, Beiler RM. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17:481-90.

7. Vasconcellos AB, Goulart D, Gentil PC, Oliveira TP. A Saúde Pública e a Regulamentação da publicidade de alimentos. Brasília: Ministério da Saúde (MS). [acessado 2012 set 1]. [Documento da internet]. Disponível em: <http://WWW.nutricao.saude.gov.br>
8. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev Nutr.* 2008;21:739 – 48.
9. Monteiro AC, Canon G. The Impacto of Transnacional “Big Food” Companies on the South: A View from Brazil. *PLoS Med.* 2012;9:1-5.
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. *Pediatrics.* 2001;107:423-26.
11. Colucci ACA, Philippi ST, Slater B. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004;7:393 – 401.
12. Fornés NS, Martins IS, Vélaquez-Meléndez G, Latorre MRDO. Escore de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2002;36:12-8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF; 2002.
14. Bener A, Al-Mahdi HS, Vachhani PJ, Al-Hufal M, Ali AL. Do excessive internet use, television viewing and poor life-style habits affect low vision in school children? *J Child Health Care.* 2010;14:1 -11.
15. Frutuoso MFP, Bismarck-Nasr EM, Gambardella AMD. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Rev Nutr.* 2003;16:257- 63.
16. Almeida SS, Nascimento PCBD, Quaioti TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Rev. Saúde Públ.* 2002;36:353-55.
17. Park S, Blanck HM, Sherry B, Brener N, O’toole T. Factores associated with sugar-sweetened beverage intake among United States High School students. *J Nutr.* 2012;142:306-12.
18. 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;6:29 – 38.
19. Farias GJ, Osório MM. Padrão Alimentar de Crianças Menores de Cinco Anos. *Rev Nutr.* 2005;18:793-802.
20. Fiates GMR, Amboni RDMC, Teixeira E. Television use and food choices of children: Qualitative approach. *Appetite.* 2008;50:12- 18, 2008.

21. Pellai A, Vetrano S, Nobile M, Luti C. The reverse pyramid: a quali-quantitative study about food adversing inside children's television programmes. *Minerva Pediatr.* 2012;64:15-26.
22. Hare-Bruun H, Nielsen BM, Kristensen PL, Moller NC, Togo P, Heitmann BL. Television viewing, food preferences, and food habits among children: A prospective epidemiological study. *BMC Public Health.* 2011;11:311-21.
23. Andreson DJB, Larson NI, Nelson MC, Neumark-Sztainer D, Story M. Does television viewing predict dietary intake Five years later high school students and Young adults? *Int J Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2009;6:1-8.
24. Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde da criança: Nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar, 2003.
25. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). Committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity? Washington. 2006:2-13.
26. Rossi CE, Albernaz DO, Vasconcelos FAG, Assis MAA, Di Pietro PF. Influência da televisão no consumo alimentar e obesidade em crianças e adolescentes: Uma revisão Sistemática. *Rev Nutr.* 2010;23:607-20.
27. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: Percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16:1547-1554.
28. Brasil. Ministério da Saúde. IBFAN. Organização Pan Americana de Saúde. Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Brasília, DF; 2012.
29. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. *J Pediatr.* 2004;80:411 – 16.
30. Araujo RMA, Almeida JAG. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Rev Nutr.* 2007; 20:431-38.
31. Segall-Corrêa AM, Marín-Leon L, Panigassi G, Rea MF, Pérez-Escamilla R. Amamentação e alimentação infantil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
33. Gonçalves, Rebeca Jesumary, Soares, Roberta de Almeida, Troll, Thaís, & Cyrino, Eliana Goldfarb. (2009). Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2012; 33(3), 382-92.
34. Camargo Jr. KR. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública.* 24 (Suplemento1): 58-68, 2008.

Tabela 1: Caracterização da amostra pelas variáveis socioeconômicas e demográficas, segundo o grupo de caso e comparação.

Variáveis	CASO		COMPARAÇÃO		<i>p</i> ¹
	N	%	N	%	
Idade materna (anos)					
≤ 28	81	78,6	26	26,3	<0,01
> 28	22	21,4	73	73,7	
Ocupação materna					
Não trabalha/ do lar	48	46,6	10	10,3	<0,01
Desempregado	38	36,9	15	14,4	
Empregado	17	16,5	74	75,3	
Número de filhos nascido vivo²					
1	32	31,1	58	58,6	<0,01
2 e 3	53	51,5	40	40,4	
> 3	18	17,5	1	1	
Mãe vive com o companheiro					
Sim	86	83,5	90	90,9	0,08
Não	17	16,5	9	9,1	
Chefe da família					
Mãe	10	9,8	11	11,1	0,77
Pai	85	82,4	80	80,8	
Avó	5	4,9	3	3,0	
Outro	3	2,9	5	5,1	
Escolaridade materna (anos)					
< 4	5	4,9	0	0,0	<0,01
4 a 8	96	93,2	16	16,2	
> 8	2	1,9	83	83,8	
Escolaridade do chefe (anos)					
< 4	17	16,5	0	0,0	<0,01
4 a 8	83	80,6	23	23,2	
> 8	3	2,9	76	76,8	
Renda Familiar Per capita (quartis de salários mínimos)					
≤ 0,20	58	56,3	0	0,0	<0,01
0,20 - 0,55	42	40,8	3	3,0	
0,55 - 2,71	3	2,9	47	47,5	
≥ 2,71	0	0,0	49	50,5	
Cuidador da criança					
Mãe	99	96,1	62	62,6	<0,01
Empregada/Baba	0	0,0	27	27,3	
Outros	4	3,9	10	10,1	

¹: Significância estatística obtida pelo teste do Qui-quadrado.

Tabela 2: Variáveis relacionadas a mídia televisiva e assistência à saúde da criança, segundo o grupo de caso e comparação.

Variáveis	CASO		COMPARAÇÃO		p ¹
	n	%	n	%	
Mídia televisiva					
Tempo assistindo televisão					
< 2 horas/dia	18	17,5	19	19,2	0,02
2-5 horas/dia	33	32,1	48	48,5	
≥ 5 horas/dia	52	50,4	32	32,3	
Refeições em família são feitas de frente a televisão					
Não, nunca	32	31,1	52	52,5	<0,01
Raramente	17	16,5	28	28,3	
Sim, sempre	54	52,4	19	19,2	
Alimentos que a mãe dá ao filho são veiculados pela mídia televisiva*					
Não, nunca	41	45,5	47	53,4	<0,01
Raramente	14	15,4	28	31,8	
Sim, sempre	36	39,6	13	14,8	
Opinião das mães sobre os alimentos televisionados					
Nenhum é saudável	4	3,9	4	4,0	<0,01
Alguns são saudáveis	74	71,8	87	87,9	
Todos são saudáveis	25	24,3	8	8,1	
Profissionais da saúde					
No pré-natal recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno					
Não, nunca	14	14,6	17	17,2	<0,01
Sim, raramente	19	19,8	38	38,4	
Sim, todas as consultas	63	65,6	44	44,4	
Profissional que deu as orientações					
Médico	38	46,3	77	93,9	<0,01
Enfermeiro	35	42,7	3	3,7	
Outros	9	11,0	2	2,4	
Após o parto recebeu ajuda no processo de amamentação					
Não	51	49,5	21	21,2	<0,01
Sim	52	50,5	78	78,8	
Recebeu orientação de amamentação na puericultura					
Não, nunca	24	23,3	11	11,1	0,04
Sim, raramente	12	11,7	9	9,1	
Sim, todas as consultas	67	65,0	79	79,8	
Recebeu orientação de como introduzir novos alimentos a criança					
Não, nunca	32	31,0	12	12,1	<0,01
Sim, raramente	8	7,8	1	1,0	
Sim, sempre	63	61,2	86	86,9	
Profissional que deu as orientações					
Médico	44	62,0	84	96,6	<0,01
Enfermeiro	21	29,6	0	0,0	
Outros	6	8,5	3	3,4	

1: Significância estatística obtida pelo teste do qui-quadrado. * Foi considerado apenas as crianças desmamadas.

Tabela 3: Características da alimentação das crianças, segundo o grupo caso e comparação.

Variáveis	Grupo		<i>p</i> ¹
	Caso n (%)	Comparação n (%)	
Duração do aleitamento materno			
< 6 meses	69 (77,5)	63 (70,0)	0,16
≥ 6 meses	20 (22,5)	27 (30,0)	
Introdução precoce de novos alimentos			
< 4 meses	54 (60,6)	36 (40,0)	<0,01
≥ 4 meses	35 (39,4)	54 (60,0)	
Presente durante a alimentação			
Mãe	100 (97,1)	75 (75,8)	<0,01
Outros	3 (2,9)	24 (24,2)	
Pães, cereais e leguminosas			
1º e 2º Quartil	36 (40,5)	53 (58,9)	0,01
3º e 4º Quartil	53 (59,5)	37(41,1)	
Frutas, Legumes e Verduras			
1º e 2º Quartil	62 (69,7)	25 (27,8)	<0,01
3º e 4º Quartil	27 (30,3)	65 (72,2)	
Carnes, miúdos e ovos			
1º e 2º Quartil	59 (66,3)	29 (32,2)	<0,01
3º e 4º Quartil	30 (33,7)	61 (67,8)	
Leite e produtos lácteos			
1º e 2º Quartil	44 (49,4)	33 (36,7)	0,05
3º e 4º Quartil	45 (50,6)	57 (63,3)	
Massas e açúcares			
1º e 2º Quartil	33 (37,1)	44 (48,9)	0,07
3º e 4º Quartil	56 (62,9)	46 (51,1)	
Industrializados			
1º e 2º Quartil	21 (23,6)	68 (75,6)	<0,01
3º e 4º Quartil	68 (76,4)	22 (24,4)	

¹: Significância estatística obtida pelo teste do qui-quadrado.

Tabela 4 - Medianas e intervalos interquartílicos dos escores de consumo alimentar, segundo variáveis socioeconômicas e mídia televisiva das crianças desmamadas do grupo caso e comparação.

Variáveis	Grupo de alimentos†											
	I		II		III		IV		V		VI	
	Med	IQ	Med	IQ	Med	IQ	Med	IQ	Med	IQ	Med	IQ
Grupos												
Caso	3,6	1,92-4,48	2,4	0,95-4,25	1,1	0,11-1,73	2,0	1,86-2,40	1,9	0,40-3,13	2,7	0,93-5,28
Comparação	3,1	2,33-4,00	5,1	3,59-6,63	1,6	1,20-1,86	2,4	1,86-2,80	1,9	0,53-2,80	0,2	0,03-0,83
<i>p-valor*</i>		0,05		<0,01		<0,01		<0,01		0,76		<0,01
Escolaridade Materna												
≤ 4 anos	3,5 ^a	3,09-6,05	2,3 ^a	0,50-3,85	0,4 ^a	0,04-1,80	2,0	1,27-2,60	3,7	0,93-3,73	8,6 ^a	2,46-9,40
5 a 8 anos	3,7 ^b	2,23-4,76	2,7 ^a	1,23-4,80	1,2 ^b	0,30-1,76	2,0	1,86-2,46	1,9	0,53-2,90	2,6 ^b	0,70-4,53
≥ 9 anos	2,9 ^c	2,33-3,85	5,0 ^b	3,67-6,57	1,5 ^c	1,17-1,85	2,4	1,86-2,80	1,7	0,40-2,80	0,2 ^c	0,03-0,90
<i>p-valor*</i>		0,03		<0,01		0,02		0,18		0,51		<0,01
Renda Per Capita (salário mínimo)												
≤ 0,20	3,7	1,75-4,43	1,9 ^a	0,00-3,53	0,6 ^a	0,00-1,51	2,0 ^a	1,86-2,40	1,9	0,53-2,81	2,6 ^a	0,76-5,43
0,20 - 0,55	3,5	2,93-4,42	2,6 ^b	1,43-4,95	1,2 ^b	0,79-2,16	2,0 ^b	1,86-2,40	2,0	0,13-3,73	2,7 ^b	1,17-5,07
0,55 - 2,71	3,2	2,33-4,00	5,1 ^c	3,33-6,90	1,7 ^b	1,20-1,86	2,4 ^c	1,86-2,80	1,9	0,93-2,90	0,7 ^c	0,10-2,80
≥ 2,71	3,1	2,45-3,91	5,1 ^c	3,71-6,40	1,5 ^c	1,20-1,80	2,1 ^b	1,86-2,53	1,9	0,93-2,80	0,1 ^d	0,00-0,53
<i>p-valor*</i>		0,37		<0,01		<0,01		0,03		0,91		<0,01
Horas/dia diante da TV												
< 2 horas	3,1	2,45-3,91	5,1 ^a	3,71-6,40	1,5	1,20-1,80	2,1	1,86-2,53	1,9	0,93-2,80	0,1 ^a	0,00-0,53
2 a 5 horas	3,2	2,51-4,26	4,3 ^b	2,41-6,13	1,3	0,83-1,86	2,0	1,86-2,51	1,9	0,93-2,91	0,5 ^a	0,10-2,81
> 5 horas	3,3	2,21-4,13	3,2 ^c	1,50-5,33	1,3	0,70-1,73	2,0	1,86-2,80	1,9	0,20-2,80	1,2 ^b	0,21-3,93
<i>p-valor*</i>		0,94		0,04		0,69		0,81		0,24		0,02
Refeições da família diante da TV												
Nunca	3,3	2,36-4,27	4,0 ^a	2,00-6,03	1,7 ^a	1,02-1,86	2,0	1,86-2,54	1,9	0,53-2,93	0,6 ^a	0,10-3,14
As vezes	3,3	2,22-4,19	4,2 ^b	1,97-5,49	1,2 ^b	0,56-1,70	2,3	1,86-2,80	1,9	0,53-3,20	0,7 ^b	0,07-2,69
Sempre	3,2	2,21-4,13	2,7 ^c	0,93-5,11	1,2 ^b	0,33-1,73	2,0	1,86-2,80	1,9	0,45-2,60	1,6 ^c	0,53-4,03
<i>p-valor*</i>		0,89		0,04		0,04		0,75		0,71		0,01
Alimentos que a mãe dá ao filho são veiculados pela mídia televisiva												
Nunca	3,1	2,22-4,00	4,0 ^a	1,62-5,73	1,3	0,66-1,85	1,9 ^a	1,86-2,40	1,9	0,26-2,80	0,6 ^a	0,07-2,40
As vezes	3,8	2,53-4,26	4,6 ^b	2,80-6,14	1,3	0,80-1,73	2,4 ^b	1,86-2,90	2,1	0,53-3,20	0,7 ^b	0,13-3,37
Sempre	3,4	2,53-4,26	2,7 ^c	1,33-5,06	1,2	0,50-1,76	2,2 ^c	1,86-2,80	1,9	0,93-3,73	2,7 ^c	0,66-5,96
<i>p-valor*</i>		0,16		0,03		0,55		0,01		0,24		<0,01

Med: Mediana. IQ: Intervalo Interquartílico *Teste de Kruskal Wallis. Teste a posteriori: "U" de Mann Whitney.

†Grupo I: pães e cereais. Grupo II: frutas, legumes e verduras.

Grupo III: carnes, miúdos, ovos e feijão. Grupo IV: leite e produtos lácteos. Grupo V: açúcares, doces, óleos e gorduras.

Grupo VI: alimentos industrializados considerados supérfluos. ^{a, b, c, d} Letras diferentes, diferenças estatísticas entre as categorias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os maus hábitos alimentares cada vez mais precoces têm contribuído para o aumento nas prevalências da obesidade infantil e hoje se constitui em um dos maiores desafios da saúde pública pelo grande impacto que representa sobre o padrão de morbidade da população.

O presente estudo sugere que a mídia televisiva tem influenciado negativamente nas escolhas alimentares maternas a seus filhos até dois anos, independente da classe social. Entretanto, aquelas mães com menor nível de escolaridade tiveram menor discernimento de quais alimentos eram mais saudáveis para seus filhos, o que provavelmente contribuiu para que essas crianças tivessem maior consumo de produtos industrializados.

Paralelamente, chama a atenção o papel dos profissionais de saúde no âmbito da USF e consultórios particulares que, apesar de trabalharem em ambientes diferentes, deveriam ter o comprometimento de incentivar hábitos de vida saudáveis, levando em consideração a particularidade que cada mãe carrega consigo. Pois, a alimentação exerce influência nos processos de saúde e doença dos indivíduos, e se é na infância que o hábito alimentar inicia sua formação, nesse momento, a mãe precisará de orientação para tomar as decisões corretas, mas os dados revelaram uma falta de atenção por parte dos profissionais, desde orientações sobre o aleitamento materno até a introdução dos alimentos complementares.

A combinação desses fatores aponta para a necessidade de uma reorientação no conceito de educação em saúde, em conformidade com o princípio da integralidade. Os profissionais de saúde devem ser mais participativos, desenvolvendo ações de promoção e construindo práticas que possibilitem um modelo assistencial que seja integrado, humanizado, visando responder às necessidades individuais e coletivas. E a mídia televisiva deve ser incluída como uma aliada no processo de educação em saúde, uma vez que ela tem o poder de convencimento que alcança todos os níveis socioeconômicos.

Sendo assim, é importante que os gestores públicos se conscientizem de que o processo de educação em saúde deve envolver profissionais de saúde, gestores de saúde e sociedade civil, para que essa realidade envolva ações mais eficazes. É preciso que as políticas e estratégias que são lançadas no âmbito da saúde tenham suas mensagens transmitidas de forma clara para toda a sociedade em um canal de informação que atenda a todas as classes sociais e neste sentido surge à mídia televisiva que tende a contribuir positivamente.

A literatura relata que as propagandas vêm contribuindo para um “ambiente obesogênico”, valorizando os alimentos altamente calóricos e pouco nutritivos, dificultando

escolhas mais saudáveis. Assim sendo, torna-se importante a aprovação do Regulamento Técnico que normatiza os termos das atividades publicitárias destinadas ao público infantil, a fim de encorajar melhores escolhas na alimentação, possibilitando um melhor controle das pessoas sobre comportamentos inadequados à sua saúde.

Espera-se com esses resultados contribuir para o planejamento de estratégias efetivas e ações direcionadas à prevenção do consumo de alimentos não saudáveis em crianças pequenas.

6. REFERÊNCIAS

- AKAMATSU, R. Content analysis of television commercials for snacks and of snack packaging targeted at children. **Nippon Koshu Eisei Zasshi**, v.57, n.6, p.467-74, 2010.
- ALMEIDA, S.S.; NASCIMENTO, P.C.B.D.; QUAIONI, T.C.B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.3, p.353-55, 2002.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Public Education American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. **Pediatrics**. v.107, p.423-426, 2001.
- AQUINO, R.C.; PHILIPPI, S.T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.6, p.655- 60, 2002.
- ARAÚJO, M.R.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: um desafio que compreende a vivência. **Revista de nutrição**. v.20, n.4, p.431-438, 2007.
- ARMSTRONG, J.; REILLY, J.J.; TEAM, C.H.I. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. **Lancet**. v.359, p.2003-4, 2002.
- AZEREDO, C.M.; et al. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Rev Paul Pediatr**. v.26, n.4, p.336-44, 2008.
- BALABAN, G.; SILVA, G.A.P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.1, p.7-16, 2004.
- BARUKI, S.B.S.; ROSADO, L.E.F.P.L.; ROSADO, G.P.; RIBEIRO, L.C.R. Associação entre o estado nutricional e atividade física em escolares da Rede Municipal de ensino em Corumbá-MS. **Revista Brasileira de medicina do Esporte**. v.12, n.2, p.90-94, 2006.
- BEAUCHAMP, G.K.; MENNELLA, J.A. A alimentação nas primeiras etapas da vida e o desenvolvimento das preferências pelos sabores. In: A alimentação na infância e suas consequências a longo prazo. **Nestlé Nutrition Services Resumo do 36º Seminário Nestlé Nutrition**. p. 27-9, 1994.

BENER, A. et al.; Do excessive internet use, television viewing and poor life-style habits affect low vision in school children? **Journal of child health care**, v.14, n.4, p.1 -11, 2010.

BORZEKOWSKI et al. The 30-second effect: na experiment revealing the impacto f television commercials on food preferences of preschoolers. **Lancet**, v.37, n.9626, p.42-6 2001.

BOYTON-JARRET R. et al. Impact of television viewing patterns on fruit and vegetables consumption among adolescents. **Pediatrics**, v.112, n.6, p.1321- 26, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: Aleitamento e alimentação infantil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF; 2002.

CAETANO, M.C. et al.; Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **J Pediatr**, v.86, n.3, p.196-201, 2010.

CAMPBELL, K.; et al. Maternal self efficacy regarding children's eating and sedentary behaviours in the early years: associations with children's food intake and sedentary behaviours. **Int J Pediatr Obes**, v.5, n.6, p. 501-08, 2010.

CAPUTO, E.; TALARICO, V.; MATTACE, F.; GIANCOTTI, L.; ANASTASIO, E.; BASERGA, M. Diet and lifestyle of a cohort of primary school children. **Pediatr Med Chjr**. v.34, n.2, p.84-8, 2012.

CARLSSON, U.; FEILITZEN, C.V. A criança e a mídia: Imagem, Educação, Participação. Ed. Cortez. Unesco, p.69, 2002.

COLUCCI, A.C.A.; PHILIPPI, S.T.; SLATER, B. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.7, n.4, p.393 – 401, 2004.

COON, K.A. et al. Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. **Pediatrics**, v.107, p.1 – 9, 2001.

DATILLO, A.M.; BIRCH, L.; KREBS, N.F.; LAKE, A.; TAVERAS, E.M.; SAAVEDRA, J.M. Need for Early Interventions in the Prevention of Pediatric Overweight: A Review and Upcoming Directions. **J Obes**. p.1-18, 2012.

DIAS, M.C.A.P.; FREIRE, L.M.S.; FRANCESCHINI, S.C.C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição**, v.23, n.3, p. 475- 86, 2010.

EISENMANN, J.C.; BARTEE, T.; WANG, M.Q. Physical Activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey. **Obes Res**, v.10, n.5, p.379- 85, 2002.

EPSTEIN, L.H.; et al. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. **Obes Res**, v.9, n.3, p.171- 78, 2001.

FIATES, G.M.R.; AMBONI, R.D.M.C.; TEIXEIRA, E. Television use and food choices of children: Qualitative approach. **Appetite**, v.50, p.12- 18, 2008.

FORNÉS, N.S.; et al. Escore de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde pública**. v.36, n.1, p.12-8, 2002.

FREIBERG, C.K.; PHILIPPI, S.T.; LEAL, G.V.S.; MARTINEZ, M.F.; SILVA, M.E.W.; Avaliação do consumo alimentar de crianças menores de dois anos institucionalizadas em creches no município de São Paulo. **Rev Assoc Bras Nutr**. v.4, p.17-21, 2012.

FRUTUOSO, M.F.P.; BISMARCK-NASR, E.M.; GAMBARDELLA, A.M.D. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. **Rev. Nutr.**, v.16, n.3, p.257- 263, 2003.

GUPTA, A.; DADHICH, J.P.; SURI, S.; TREJOS, M.; CHANETSA, J. The status of policy and programmes on infant and Young child feeding in 40 countries. **Health Policy Plan**. v.4, 2012.

GURAN, T. et. al. Content analysis of food advertising in Turkish television. **Pediatr Child Health**, v.46, n.7-8, p.427 – 430, 2010.

HANLEY, A.J.G.; et al. Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors. **Am J Clin Nutr**, v.71, p. 693 -700, 2000.

HARE-BRUUN, H.; NIELSEN, B.M.; KRISTENSEN, P.L.; MOLLER, N.C.; TOGO, P.; HEITMANN, B.L. Television viewing, food preferences, and food habits among children: A prospective epidemiological study. **BMC Public Health**. v.11, p.311-321, 2011.

HENRIQUES, P.; SALLY, E.O.; BURLANDY, L.; BEILER, R.M. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. **Ciênc Saúde Colet**. v.17, p.481-490, 2012.

HINGLE, M.; KUNKEL, D. Childhood obesity and the media. **Pediatric Clinic North Am**. v.59, n.3, p.677-92.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (IOM). Committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity? Washington, 2006, p.ES 2-13.

KELLER, S.K.; SCHULZ, P.J. Distorted food pyramid in kids programmes: a content analysis of television advertising watched in Switzerland. **Eur J Public Health**, p. 1-6, 2010.

MELO, A.M.C.A.; et al. Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da Cidade do Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.2, n.2, p.137-142, 2002.

MOLINA, M.C.B.; et al. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.5, p. s/n, 2010.

MONTEIRO, A.C.; CANON, G. The Impact of Transnational “Big Food” Companies on the South: A View from Brazil. **PLoS Med**. v.9, p.1-5, 2012.

NEUMARK-SZTAINER, et al. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. **J Am Diet Assoc**, v.103, n.3, p. 317 – 22, 2003.

NICKLAS, T.A. et al. Impact of Commercials on Food Preferences of Low-income, Minority Preschoolers. **J Nutr Educ Behav**, v.43, p. 35 – 41, 2010.

PARK, S.; BLANCK, H.M.; SHERRY, B.; BRENER, N.; O'TOOLE, T. Factors associated with sugar-sweetened beverage intake among United States High School students. **J. Nutr**. v.142, n.2, p.306-312, 2012.

PELLAI, A.; VETRANO, S.; NOBILE, M.; LUTI, C. The reverse pyramid: a qualitative study about food advertising inside children's television programmes. **Minerva Pediatr.** v.64, n.1, p.15-26, 2012.

PIMENTA, A.P.A.A.; PALMA, A. Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. **Rev. Bras. Ciên. e Mov**, v.9, n.4, p. 19 – 24, 2001.

ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.M.; RAUEN, M.S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, v.21, n.6, p. 739 – 748, 2008.

SALMON, J.; CAMPBELL, K.J.; CRAWFORD, D.A. Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne schoolchildren. **The Medical Journal of Australia**, v.184, n.2, p. 64 – 67, 2006.

SANTOS, C.S.; LIMA, L.S.; 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**, v.7, n.4, p. 373 -380, 2007.

SHI, L.; MAO, Y. Excessive recreational computer use and food consumption behavior among adolescents. **Ital J Pediatr**, v.36, n.1, p. 1- 4, 2010.

SILVA, R.C.M.; MALINA, R.M. Sobrepeso, atividade física e tempo de televisão entre adolescentes de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **R. bras. Ci. e Mov**, v.11, n.4, p. 63 – 66, 2003.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. 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**, v.6, n.1, p. 29 – 38, 2003.

SKINNER, J.D.; et al.; Do Food-Related Experiences in the First 2 Years of Life Predict Dietary Variety in School-Aged Children? **J Nutr Educ Behav**, v.34, n.6, p. 310 – 315, 2002.

SPINELLI, M.G.N.; SOUZA, S.B.; SOUZA, J.M.P. Consumo, por crianças menores de um ano de idade, de alimentos industrializados considerados supérfluos. **Ed Moreira Jr** p. 666 – 672, 2001.

STELLER, N.; SIGNER, T.M.; SUTER, P.M. Electronic Games and Environmental Factors Associated with Childhood Obesity in Switzerland. **Obes Res**, v.12, n.6, p. 896 – 903, 2004.

STRASBURGER V. C. Children, adolescents and the media. **Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care**, v.17, n.4, p.539, 2004.

VIEIRA, G.O.; et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p. 411 – 416, 2004.

VOLPINI, C.C.A.; MOURA, E.C. Determinantes dos desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, v.18, n.3, p. 311 – 319, 2005.

WHO.Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly [monograph on the Internet] [WHA57.17]. Available from http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Registro materno

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: Data da entrevista ____/____/____ Local da entrevista: <input type="checkbox"/> 1 Unidade de Saúde Carla Nogueira (LOCAL) <input type="checkbox"/> 2 Consultório particular		Nº Questionário: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nome da mãe: Idade da mãe: (IDMAE) _____ 00 - Não quis informar Escolaridade da mãe (séries concluídas): (ESMAE) 00 - NUNCA FREQUENTOU ESCOLA 01 – PRÉ-ESCOLAR (< 7 ANOS) 02 - 1ª GRAU INCOMPLETO 03 - 1ª GRAU COMPLETO (da 1ª a 8ª serie) 04 – 2ª GRAU INCOMPLETO 05 - 2ª GRAU COMPLETO (da 9ª a 11ª) 06 – SUPERIOR – INCOMPLETO 07 – SUPERIOR – COMPLETO 08 – PÓS- GRADUAÇÃO 09 – NÃO SABE Estado civil da mãe: (ESTMAE) 01 – Casada 02 - Desquitada ou separada judicialmente 03 - Divorciada 04 - Viúva 05 - Solteiro 06 - Não informou Número de filhos nascidos vivos: (NASVIVO) _____ A senhora mora com o seu companheiro? (SENCOMP) 00 -Não 01 -Sim 02 - Não informou		LOCAL <input type="text"/> IDMAE <input type="text"/> <input type="text"/> ESMAE <input type="text"/> <input type="text"/> ESTMAE <input type="text"/> <input type="text"/> NASVIVO <input type="text"/> <input type="text"/> SENCOMP <input type="text"/> <input type="text"/>

APÊNDICE B – Registro socioeconômico e demográfico da família;

Nº Questionário:				
------------------	--	--	--	--

<p>Quem é o chefe da família? 01-Mãe 02- Pai 03- Avó</p> <p>04- Outro: _____ (CHEFE)</p> <p>Até que série (ANOSDEESTUDO) com aprovação o chefe da família cursou:</p> <p>00- NUNCA FREQUENTOU ESCOLA</p> <p>01 – PRÉ-ESCOLAR (< 7 ANOS)</p> <p>02- 1ª GRAU INCOMPLETO</p> <p>03 - 1ª GRAU COMPLETO (da 1ª a 8ª série)</p> <p>04 – 2ª GRAU INCOMPLETO</p> <p>05 - 2ª GRAU COMPLETO (da 9ª a 11ª)</p> <p>06 – SUPERIOR – INCOMPLETO</p> <p>07 – SUPERIOR – COMPLETO</p> <p>08 – PÓS- GRADUAÇÃO</p> <p>09 – NÃO SABE</p> <p>(Se a mãe NÃO for o chefe da família)</p> <p>A senhora trabalha ou tem alguma ocupação (OCUP)?</p> <p>00- Não trabalha/ do lar</p> <p>01- Desempregado</p> <p>02- Empregado com carteira</p> <p>03- Empregado sem carteira</p> <p>04- Autônomo</p> <p>05- Trabalhos pequenos/Ambulante</p> <p>06 – Aposentado/ Pensionista/Benefício</p> <p>07- Estudante (trabalhando)</p> <p>08- Estudante (não trabalhando)</p> <p>99- Não sabe</p> <p>Quantas pessoas contribuem com as despesas da sua casa (QTPCRC)?</p> <p>_____</p> <p>Quantas pessoas dependem da renda da casa (QTPDRC)?</p> <p>_____</p> <p><i>(Incluir qualquer pessoa que dependa da renda mesmo quando morem em outro domicílio)</i></p>	<p>CHEFE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANOSDEESTUDO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OCUP <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>QTPCRC <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>QTPDRC <input type="text"/> <input type="text"/></p>
---	---

<p>Qual o total da renda da família por mês (QTRFM)?</p> <p>_____</p> <p>Renda per capita (calcular depois): (PERCAPITA)</p> <p>Renda familiar total ÷ N° de pessoas da família dependente da renda.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Agora vou fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade.</p> <p style="text-align: center;">→ A senhora tem <ítem> em sua casa? Quantas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">Televisão a cores? (TV)</td> <td>(0)Não (1)Sim, quantas? _____</td> </tr> <tr> <td>Rádio? (RADIO)</td> <td>(0)Não (1)Sim, quantos? _____</td> </tr> <tr> <td>Banheiro? (somente com vaso sanitário) (BANHE)</td> <td>(0)Não (1)Sim, quantas? _____</td> </tr> <tr> <td>Carro? (Não considerar veículo de trabalho) (CARRO)</td> <td>(0)Não (1)Sim, quantos? _____</td> </tr> <tr> <td>Aspirador de pó? (PÒ)</td> <td>(0)Não (1)Sim</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar ou tanquinho elétrico (LAVAR)</td> <td>(0)Não (1)Sim</td> </tr> <tr> <td>Vídeo Cassete e/ou DVD? (DVD)</td> <td>(0)Não (1)Sim</td> </tr> <tr> <td>Geladeira (GELA)</td> <td>(0)Não (1)Sim () comum () duplex</td> </tr> <tr> <td>Freezer? (FREEZER)</td> <td>(0)Não (1)Sim</td> </tr> </table> <p>A casa da senhora é (Condição da moradia): (CASA)</p> <p> 01- Casa própria – já paga 02- Casa própria – ainda pagando 03- Alugada 04- Cedido por algum familiar 05- Outra condição 09- Não sabe informar </p>	Televisão a cores? (TV)	(0)Não (1)Sim, quantas? _____	Rádio? (RADIO)	(0)Não (1)Sim, quantos? _____	Banheiro? (somente com vaso sanitário) (BANHE)	(0)Não (1)Sim, quantas? _____	Carro? (Não considerar veículo de trabalho) (CARRO)	(0)Não (1)Sim, quantos? _____	Aspirador de pó? (PÒ)	(0)Não (1)Sim	Máquina de lavar ou tanquinho elétrico (LAVAR)	(0)Não (1)Sim	Vídeo Cassete e/ou DVD? (DVD)	(0)Não (1)Sim	Geladeira (GELA)	(0)Não (1)Sim () comum () duplex	Freezer? (FREEZER)	(0)Não (1)Sim	<p>QTRFM <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>PERCAPITA</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>TV <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>RADIO <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>BANHE <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>CARRO <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>PÒ <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>LAVAR <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>DVD <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>GELA <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>FREEZER <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>CASA <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
Televisão a cores? (TV)	(0)Não (1)Sim, quantas? _____																		
Rádio? (RADIO)	(0)Não (1)Sim, quantos? _____																		
Banheiro? (somente com vaso sanitário) (BANHE)	(0)Não (1)Sim, quantas? _____																		
Carro? (Não considerar veículo de trabalho) (CARRO)	(0)Não (1)Sim, quantos? _____																		
Aspirador de pó? (PÒ)	(0)Não (1)Sim																		
Máquina de lavar ou tanquinho elétrico (LAVAR)	(0)Não (1)Sim																		
Vídeo Cassete e/ou DVD? (DVD)	(0)Não (1)Sim																		
Geladeira (GELA)	(0)Não (1)Sim () comum () duplex																		
Freezer? (FREEZER)	(0)Não (1)Sim																		

APÊNDICE C – Registro da assistência materno infantil oferecido pelos profissionais de saúde

<p>NOME DE CRIANÇA:</p> <p>Qual a data de nascimento de <C>?</p> <p>____/____/____</p> <p>Sexo: Masc <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fem <input type="checkbox"/> 2 (SEXO)</p>	<p>Nº Questionário: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Idade (meses): _____ (IDCRI)</p> <p>Peso ao nascer: _____ (PESONASC)</p> <p>A criança (CRIANASC):</p> <p>01- Nasceu antes do tempo</p> <p>02 - Tempo certo</p> <p>03- Depois do tempo</p> <p>09 – Não sabe informar</p> <p>A criança frequenta creche? (CRIANFIC):</p> <p>00-Não</p> <p>01-Sim</p> <p>02- Não informou</p> <p>Se <i>sim</i>, em tempo parcial ou integral (TEMPOCRE)?</p> <p>01 - Parcial, só manhã</p> <p>02- Parcial, só tarde</p> <p>03- Integral.</p> <p>Na maior parte do tempo durante a semana a criança fica com quem (MPDSQUEM)?</p> <p>01 - Mãe</p> <p>02 - Pai</p> <p>03 - Empregada doméstica/Babá</p> <p>04 - Avó</p> <p>05 -Outros: _____</p> <p>Qual a pessoa que na maioria das vezes está presente na hora da alimentação da criança (ALIMCRI)?</p> <p>01 - Mãe</p> <p>02 - Pai</p> <p>03 - Empregada doméstica/Babá</p> <p>04 - Avó</p> <p>05 -Outros: _____</p> <p>Mãe fez pré natal (MAEPRENA):</p> <p>00- NÃO</p> <p>01- SIM</p> <p>Se <i>SIM</i>, nas consultas a senhora recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno (SEMAEPRENA)?</p> <p>01 - Sim, em todas as consultas</p> <p>02- Sim, às vezes</p> <p>03 - Sim, raramente (<i>apenas uma vez</i>)</p> <p>04 - Não, nunca</p> <p>Se <i>SIM</i>, quem deu as orientações (SEMAEQUEM)?</p>	<p>SEXO <input type="checkbox"/></p> <p>PESONASC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CRIANASC <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CRIANFIC <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TEMPOCRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MPDSQUEM <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ALIMCRI <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MAEPRENA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAEPRENA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAEQUEM <input type="text"/> <input type="text"/></p>

<p>01- Médico 02- Enfermeira 03- Nutricionista 04- Agente de saúde</p> <p>Após o parto algum profissional de saúde ajudou no processo de amamentação (APPROFAMA)?</p> <p>01 - Não, nunca 02 - Sim, sempre 03 - Sim, às vezes 04 - Sim, raramente (<i>apenas uma vez</i>)</p> <p>Qual profissional (QUALPROF)?</p> <p>01- Médico 02- Enfermeira 03- Nutricionista 04- Agente de saúde</p> <p>A srª recebeu orientação sobre amamentação, durante o acompanhamento da criança, pelo profissional de saúde (AMAPUERI)?</p> <p>01 - Não, nunca 02 - Sim, em todas as consultas 03 - Sim, às vezes 04 - Sim, raramente (<i>apenas uma vez</i>)</p> <p><C> mamou no peito (MAMOUN)?</p> <p>01 - Sim 02 - Ainda mama 03 - Não, nunca mamou 04 - Ignorado</p> <p><i>Se (1)SIM:</i> até que idade(SESIMID)? _____ Porque deixou de mamar: _____</p> <p><i>Se (2)Ainda mama:</i> Qual a idade atual em meses (SEAINMA): _____</p> <p><i>Se (3) Não, nunca mamou:</i> Porque não mamou: _____</p> <p>Até que idade só mamou, sem receber água, chá, leite ou qualquer outro tipo de alimento (IDSMAMOU)? _____</p> <p>Recebeu orientação de como introduzir novos alimentos a criança (OALCRI)?</p> <p>01 - Não, nunca 02 - Sim, em todas as consultas 03 - Sim, às vezes 04 - Sim, raramente (<i>apenas uma vez</i>)</p> <p>Quem orientou (QORIENT)?</p> <p>01- Médico 02- Enfermeira 03- Nutricionista 04- Agente de saúde (<i>apenas para as mães atendidas nos postos de saúde</i>). 05- Outros: _____</p>	<p>APPROFAMA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>QUALPROF <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AMAPUERI <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MAMOUN <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SESIMID <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEAINMA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IDSMAMOU <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OALCRI <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>QORIENT <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	--

APÊNDICE D – Registro da influência da mídia televisiva

MÍDIA TELEVISIVA

		Questionário				
A sr ^a assiste à televisão com qual frequência (TVQFREQ)?		TVQFREQ	<input type="text"/>			
0- Nunca, durante a semana não acompanha a programação; 1- Sempre, durante a semana acompanha a programação de novelas, telejornais, filmes entre e outros; 2- Às vezes, durante a semana acompanha a programação pelo menos 3 a 4 dias; 3- Raramente, durante a semana acompanha a programação apenas 1 ou 2 dias.						
Passa quantas horas aproximadamente assistindo à TV por dia (TVPORDIA)?		TVPORDIA	<input type="text"/>			
0- < 2 horas/dia 1- 2– 5 horas/dia 2- ≥ 5 horas/dia						
Na maioria das vezes quando você assiste à televisão está fazendo alguma refeição		TVCOMEN	<input type="text"/>			
(TVCOMEN)?						
0- Não, nunca 1- Sim, sempre 2- Raramente (<i>apenas uma vez</i>) 3- Só no final de semana.						
Quando a família está reunida para fazer uma refeição, vocês fazem assistindo à televisão (TVFAMCOM)?		TVFAMCOM	<input type="text"/>			
0- Não, nunca 1- Sim, sempre 2- Raramente (<i>apenas uma vez</i>) 3- Só no final de semana.						
Com relação aos alimentos que a senhora dá ao seu filho, utiliza a propaganda televisiva como referência para comprá-los (ALIMIDIA)?		ALIMIDIA	<input type="text"/>			
0- Não, nunca compro alimentos por que apareceram na propaganda da televisão; 1- Sim, sempre uso as propagandas que passam na televisão como referência para orientar a compra de alimentos para meus filhos; 2- Às vezes, compro alimentos que apareceram na propaganda da televisão; 3- Raramente, compro alimentos que apareceram na propaganda da televisão.						
Em relação aos alimentos que aparecem nas propagandas da televisão, a senhora acha que (ALIPROPTV):		ALIPROPTV	<input type="text"/>			
0- Nenhum alimento que aparece na propaganda é saudável; 1- Todos os alimentos que aparecem na propaganda são saudáveis; 2- Somente alguns alimentos que aparecem nas propagandas são saudáveis; 3- Raramente os alimentos que aparecem nas propagandas são saudáveis.						

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)**

Convido você a participar como voluntário(a) da pesquisa **ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES: INFLUÊNCIA DA MÍDIA TELEVISIVA**, recebi da Mestranda ANDRÉA MARQUES DOS SANTOS, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a investigar a influência da mídia televisiva, na decisão de mães segundo o nível socioeconômico ter introduzido alimentos industrializados considerados supérfluos nos seus filhos menores de 2 anos, visando possibilitar o planejamento de ações de promoção da saúde;
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores farão perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde;
- Que responder essas perguntas será o único incômodo que poderei sentir com a minha participação;
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer problema.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação dos meus dados só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Riscos: apenas o de constrangimento para aqueles que concederem sua participação, a fim de amenizar este risco, os entrevistadores serão devidamente treinados e só participará as mães que concordarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Benefícios: poderá contribuir para a compreensão de fatores que possivelmente prejudicam à saúde da criança, além de fornecer subsídios aos profissionais e gestores de saúde para elaboração de estratégias de intervenção contra o desenvolvimento de práticas alimentares não saudáveis.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço do(a) voluntário(a): _____

Contato de urgência: Mestranda Andréa Marques dos Santos. Telefone: 0(xx)82-8892-8296.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Rua Rodrigues Ferreira, Nº 45, Bl F, apt 1202 –Várzea – CEP: 50810 – 020 – Recife – PE

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

Endereço do comitê de ética UFPE:

Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126 8588

_____, ____ de _____ de 2011

Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome e assinatura testemunha 1	Nome e assinatura testemunha 2

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de Frequência Alimentar

Alimentos	N	mês	semana	dia
CARNES E OVOS				
Fígado de boi				
Carne de boi				
Frango				
Miúdos de frango				
Charque				
Peixe				
Ovo				
Leite				
Iogurte				
Queijo				
FRUTAS				
Laranja				
Banana				
Maça				
Mamão				
Melancia				
Uva				
Goiaba				
Cajú				

Alimentos	N	mês	semana	dia
VERDURAS E LEGUMES				
Alface				
Repolho				
Tomate				
Beterraba				
Cenoura				
Chuchu				
Batata				
CEREAIS, PÃES, TUBÉRCULOS E RAÍZES				
Inhame				
Macaxeira				
Batata doce				
Feijão mulatinho				
Cuscuz				
Arroz				
Pão				
Macarrão				
ÓLEOS E GORDURAS				
Óleo				
Margarina				
Manteiga				
MASSAS INFANTIS RECOMENDADAS PARA CRIANÇAS MAIORES DE 6 MESES				
Farinha de milho				

Alimentos	N	mês	semana	dia
Farinha láctea				
Farinha de arroz				
Amido de milho				
Cremogema				
ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS				
Caldo de carne				
Sopinha industrializada				
Macarrão instantâneo (miojo)				
Suco artificial				
Refrigerante				
Garina ou tubaína				
Doce (goiabada, bananada e etc)				
Gelatina				
Pudim				
Biscoito recheado				
Salgadinho				
Pipoca				
Achocolatado				
Balas				
Cereais matinais com açúcar				
Chocolates				

Alimentos	N	mês	semana	dia
Papinha de frutas industrializadas.				
Lingüiça				
Salsicha				
Hambúrguer				
Sardinha enlatada				
Salame				

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Av. da Engenharia, s/n – 1º Andar, Cid. Universitária, CEP 50740-600, Recife - PE,
Tel/fax: 81 2126 8588 - www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepccs@ufpe.br

Ofício Nº. 325/2012 - CEP/CCS

Recife, 16 de agosto de 2012

A


Mestranda Andréa Marques dos Santos
Departamento de Fisioterapia – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 463553
CAAE – 0437.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 451/11
Título: Alimentação de lactentes: influência da mídia televisiva
Pesquisador Responsável: Andréa Marques dos Santos

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 14/08/2012 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê, nesta data.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE

ANEXO C – Normas de publicação do Jornal de Pediatria.



Para Autores

Conheça as normas de publicação adotadas pelo Jornal de Pediatria

Diretrizes para preparação do original

Orientações Gerais

O original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de Rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

- a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;
- b) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- c) nome de cada um dos autores (o primeiro nome e o último sobrenome devem obrigatoriamente ser informados por extenso; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- d) titulação mais importante de cada autor;
- e) endereço eletrônico de cada autor;
- f) informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h) declaração de conflito de interesse (escrever "nada a declarar" ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i) definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;

- j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m) contagem total das palavras do texto, excluindo o resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
- n) contagem total das palavras do resumo;
- o) número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. O resumo das comunicações breves deve ter no máximo 150 palavras. Não colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado, conforme descrito a seguir:

Resumo de Artigo Original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos **artigos originais** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde .

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referencias Bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site "sample references"

(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço

<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo ±.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por

escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das Figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Lista de Verificação

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.
5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.
8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.
9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., <http://www.sbp.com.br>) estão ativos e prontos para serem clicados.
10. Na submissão de um original que vá ser submetido à revisão por pares, os nomes e afiliações dos autores devem ser removidos do arquivo principal. Nas referências, os nomes

dos autores, títulos de artigos e outras informações devem ser substituídos simplesmente por "Autor," de modo a assegurar um processo de revisão cega.