

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

NAYARA FRANCISCA CABRAL DE SOUSA

PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS
PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

RECIFE

2016

NAYARA FRANCISCA CABRAL DE SOUSA

PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários do cuidado de Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Cuidando da criança e família

Orientadora: Prof^a. Dra. Luciana Pedrosa Leal

RECIFE

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S725p Sousa, Nayara Francisca Cabral de.
Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação
saudável no primeiro ano de vida / Nayara Francisca Cabral de Sousa. –
2016.
191 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Luciana Pedrosa Leal.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Alimentação complementar. 2. Desmame. 3. Saúde da Criança. 4.
Enfermagem. I. Leal, Luciana Pedrosa (Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2016-272)

NAYARA FRANCISCA CABRAL DE SOUSA

PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS
PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Dissertação aprovada em: 26 de fevereiro de 2016.

Profª. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Presidente) - UFPE

Profª. Dra. Marly Javorski - UFPE

Profª Dra. Gabriela Cunha Schechtman Sette - UFPE

Profª Dra. Cleide Maria Pontes - UFPE

RECIFE

2016

Aos meus pais e avós por todo amor e
apoio recebido até hoje.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, força maior que me guiou em todos os momentos.
- Ao meu pai João Henrique de Sousa (*in memoriam*) por todo amor que recebi durante sua breve passagem em minha vida. Sem ele, nada disso seria possível.
- À minha mãe Ivanilda Cabral por todo amor incondicional, dedicação e apoio durante a minha caminhada. Obrigada pelos ensinamentos, palavras de conforto e companhia durante esse período.
- Aos meus amados avós Inácio e Maria Francisca Cabral por todo carinho e compreenderem minhas ausências ao longo dessa jornada.
- A todos os meus familiares pelo carinho e compreensão.
- À professora Dra. Luciana Pedrosa Leal pela paciência e pelos ensinamentos essenciais nos últimos quatro anos de convivência.
- À professora Marly Javorski pela confiança, carinho e ensinamentos recebidos.
- Às amigas, em especial Aurora Rocha e Karla Marly, pela compreensão, apoio e paciência nos momentos em que estive ausente.
- Às mães e cuidadores pela participação e contribuição para execução deste estudo.
- À Turma 5 do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE pela companhia e cumplicidade ao longo desses dois anos.
- Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPE pelos ensinamentos ao longo dos dois anos.
- Aos secretários e bolsistas da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE pelo apoio e auxílio durante esses dois anos.
- Aos professores da banca de qualificação por todas as sugestões para o aprimoramento desta dissertação.

- Aos professores da banca pelo zelo, cuidado e valiosas contribuições para o melhoria desta dissertação.
- A todos que colaboraram direta ou indiretamente na realização desse estudo.

“Peça a Deus que abençoe seus planos,
e eles darão certo” (Provérbios 16:3).

O sucesso nasce do querer, da
determinação e persistência em se
chegar a um objetivo. Mesmo não
atingindo um alvo, quem busca e
vence obstáculos, no mínimo fará
coisas admiráveis (José de Alencar).

Sousa NFC. **Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação saudável em menores de um ano**. Recife-PE: UFPE, 2016. 194 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2016.

RESUMO

Os primeiros anos de vida são essenciais na formação dos hábitos alimentares, que sofrem influência da alimentação dos pais, condições socioeconômicas e culturais. Considerando a disponibilidade do manual “Dez passos para uma alimentação infantil saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos” para os profissionais e sua aplicabilidade no cenário da Atenção Básica, este estudo objetivou avaliar as práticas maternas na alimentação de crianças menores de um ano, segundo as recomendações dos dez passos. Estudo transversal e analítico, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário IV, Recife-PE. Como resultado da dissertação, foram elaborados dois artigos: o primeiro, intitulado “Intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos: revisão integrativa” objetivando investigar intervenções educativas para promoção da alimentação saudável em crianças menores de dois anos. A busca foi realizada entre outubro e novembro de 2014, utilizando os descritores *intervention study*, *health education*, *infant food* e *weaning* indexados na LILACS, CINAHL e SCOPUS. A amostra, constituída de 24 publicações, evidenciou a orientação verbal como principal estratégia educativa. Recursos audiovisuais, sonoros e portáteis também mostraram-se eficazes na promoção da alimentação saudável. Intervenções educativas auxiliam na formação de conhecimentos, promovendo amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e introdução oportuna e correta de alimentos. O segundo artigo, “Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação infantil saudável em menores de um ano” foi desenvolvido com 151 mães/cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias. Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2015 por meio de um formulário socioeconômico e outro de práticas alimentares, o qual foi submetido a processo de validação de conteúdo com oito especialistas. Para análise foi construído um escore de cumprimento dos dez passos, considerando a principal recomendação de cada passo. Os dados foram tabulados e validados no software EpiInfo versão 3.5.4 e analisados no IBM SPSS versão 18.0. A investigação da associação dos escores com as variáveis independentes foi realizada pelo teste qui-quadrado ou teste de Fisher. A regressão de Poisson com variância robusta investigou a influência das variáveis

sociodemográficas, maternas, nascimento, cuidado com a criança e educação em saúde na prática alimentar adequada, estimando-se as razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob protocolo 1.052.807. Os resultados do manuscrito original evidenciaram uma mediana de apenas 20,0% na implementação dos dez passos. Os fatores determinantes para mãe/cuidador conseguir realizar o maior número de passos, que configuram a prática de alimentação saudável, foram Trabalho materno remunerado fora do lar, residir com o companheiro e realizar sete ou mais consultas em puericultura. Conclui-se que a prática alimentar materna na implementação dos dez passos para uma alimentação infantil saudável em menores de um ano é inadequada e sofre interferência de fatores relacionados a rede social, assistência e educação em saúde.

Palavras-chave: Alimentação complementar. Desmame. Saúde da Criança. Enfermagem.

Sousa NFC. **Maternal practices in the implementation of the ten steps to healthy eating in children under one year**. Recife-PE: UFPE, 2016. 194 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Graduate Program in Nursing - Federal University of Pernambuco, Recife-PE, 2016.

ABSTRACT

The first years of life are essential in the formation of eating habits, which are influenced by the power of parents, socioeconomic and cultural conditions. Considering the availability of the manual "Ten steps to a healthy infant feeding: food guide for children under two years" for professionals and their applicability in the primary care setting, this study aimed to evaluate maternal practices in the feeding of children under one year according to the recommendations of the ten steps. cross-sectional analytical study carried out in the Basic Health Units of Health District IV, Recife-PE. As a result of the dissertation, two articles were developed: the first, entitled "Educational interventions to promote healthy eating in children under two years: an integrative review" aiming to investigate educational interventions to promote healthy eating in children under two years. The search was carried out between October and November 2014, using the descriptors study intervention, health education, infant food and weaning indexed in LILACS, CINAHL, and Scopus. The sample consisted of 24 publications showed verbal guidance as the main educational strategy. audiovisual, sound and portable features also proved effective in promoting healthy eating. educational interventions help in the formation of knowledge, promoting exclusive breastfeeding until the sixth month of life and timely and correct introduction of food. The second article, "Maternal practices in the implementation of the ten steps to healthy infant feeding in children under one year" was developed with 151 mothers / caregivers of children 12-23 months and 29 days. Data were collected between July and September 2015 through a socioeconomic form and other feeding practices, which was submitted to content validation process with eight experts. For analysis it built a score of compliance with the ten steps, considering the main recommendation of each step. Data were tabulated and validated in Epi Info version 3.5.4 software and analyzed using SPSS version 18.0. The association research of scores with the independent variables was performed using the chi-square test or Fisher's exact test. Poisson regression with robust variance investigated the influence of sociodemographic variables, maternal, birth, care for the child and health education on proper feeding practices, estimating prevalence ratios and confidence intervals. This study was approved by the Ethics Committee on Health Sciences Center of the Federal University of Pernambuco, under protocol

1,052,807. The results of the original manuscript showed a median of only 20.0% in the implementation of the ten steps. The determining factors for mother / caregiver accomplish the greatest number of steps that constitute the practice of healthy eating were breast Paid work outside the home, living with a partner and carry seven or more queries on childcare. We conclude that maternal feeding practices in the implementation of the ten steps to a healthy infant feeding in infants under one year is inadequate and suffers interference factors related to social networking, care and health education.

Keywords: Complementary feeding. Weaning. Children's Health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MÉTODO

Figura 1 – Resultado da busca de artigos nas bases de dados, Recife, PE, Brasil, 2016.....	49
Figura 2 – Mapa dos Distritos Sanitários da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016.....	52
Quadro 1 – Microrregiões do Distrito Sanitário IV, Recife, PE, Brasil, 2016.....	53
Quadro 2 – Plano amostral para seleção de crianças por microrregiões de saúde do Distrito Sanitário IV, Recife, PE, Brasil, 2016.....	55
Quadro 3 – Critérios para seleção de especialistas, Recife, PE, Brasil, 2016.....	57
Figura 3 – Modelo hierárquico causal da prática inadequada da alimentação infantil e variáveis independentes, Recife, PE, Brasil, 2016.....	66

RESULTADOS

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Figura 1 – Resultado da busca de artigos nas bases de dados, Recife, PE, Brasil, 2016.....	74
Quadro 1 – Caracterização dos estudos selecionados nas bases de dados, Recife, PE, Brasil, 2016.....	77
Quadro 2 - Intervenções educativas categorizadas de acordo com os Dez Passos para uma alimentação saudável para Crianças Menores de Dois Anos nas publicações selecionadas, Recife, PE, Brasil, 2016.....	

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1 – Modelo hierárquico causal da prática inadequada da alimentação infantil, Recife, PE, Brasil, 2016.....	100
--	-----

APÊNDICES

Figura 1 – Dez Passos para uma Alimentação Infantil Saudável em Menores de Dois Anos, Recife, PE, Brasil, 2016.....	175
Figura 2 – Esquema para introdução dos alimentos complementares, Recife, PE, Brasil, 2016.....	175
Figura 3 – Grupos dos alimentos utilizados na alimentação infantil, Recife, PE, Brasil, 2016.....	176
Figura 4 – Esquema alimentar para os primeiros dois anos de vida das crianças amamentadas, Recife, PE, Brasil, 2016.....	176
Figura 5 – Esquema alimentar para os primeiros dois anos de vida das crianças não amamentadas, Recife, PE, Brasil, 2016.....	177

LISTA DE TABELAS

APÊNDICES

Tabela 1 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos dez passos do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	159
Tabela 2 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens referentes ao Passo 1 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	160
Tabela 3 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens referentes ao Passo 2 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	162
Tabela 4 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens referentes ao Passo 3 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	164
Tabela 5 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens referentes ao Passos 4, 5 e 6 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	165
Tabela 6 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens referentes ao Passo 7 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	167
Tabela 7 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens referentes ao Passo 8 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	169
Tabela 8 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo	

correspondente e relevância dos itens referentes ao Passo 9 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	171
Tabela 9 – Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens referentes ao Passo 10 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.....	172

RESULTADOS - ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1 – Adesão aos dez passos para alimentação infantil saudável por mães ou cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, Recife, PE, Brasil, 2016.....	102
Tabela 2 – Associação de variáveis por bloco do modelo causal hierárquico com a prática alimentar de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, Recife, PE, Brasil, 2016, Recife, PE, Brasil, 2016.....	103
Tabela 3 – Prevalência de prática alimentar de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, segundo fatores maternos e relativos à criança, Recife, PE, Brasil, 2016, Recife, PE, Brasil, 2016.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

AC Alimentação Complementar

ACS Agente Comunitário de Saúde

AMC Aleitamento Materno Complementado

AME Aleitamento Materno Exclusivo

AMM Aleitamento Materno Misto ou Parcial

AMP Aleitamento Materno Predominante

BIREME Biblioteca Virtual em Saúde

CASP Critical Appraisal Skills Programme

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CINAHL Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DeCS Descritores em Ciências da Saúde

DNCr Departamento Nacional da Criança

DRI Dietary Reference Intake

DS Distrito Sanitário

DP Desvio Padrão

EAAB Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

ENPACS Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável

EqSF Equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia de Saúde da Família

IBM SPSS Statistical Package for the Social Sciences

IMC Índice de Massa Corporal

LH Leite Humano

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MESH Medical Subject Heading

MS Ministério da Saúde

NutriSUS Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes e

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PAISC Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PNAISC Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAN Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde

POP Procedimento Operacional Padrão

PSE Programa Saúde na Escola

RPA Regiões Político Administrativas

SUS Sistema Único de Saúde

TALE Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF Unidade de Saúde da Família

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	Geral	26
2.2	Específicos.....	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	Epidemiologia Nutricional na Infância.....	27
3.2	Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil	29
3.3	Alimentação Infantil.....	33
3.3.1	Aleitamento Materno	34
3.3.2	Alimentação Complementar	36
3.4	Fatores determinantes da prática alimentar	40
3.5	Rede Social de Apoio nas Práticas Alimentares	42
3.6	Estratégias Educativas na Promoção da Alimentação Infantil Saudável.....	44
4	MÉTODOS	47
4.1	Primeiro Artigo: Intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos: revisão integrativa	47
4.1.1	Elaboração da pergunta norteadora	47
4.1.2	Seleção dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura.....	48
4.1.3	Coleta de dados e categorização dos estudos.....	50
4.1.4	Análise crítica dos estudos incluídos.....	50
4.1.5	Interpretação e discussão dos resultados	51
4.2	Segundo Artigo: Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação infantil saudável em menores de um ano	51
4.2.1	Tipo do estudo.....	51
4.2.2	Local do estudo	51
4.2.3	População e amostra.....	54

4.2.4	Amostragem.....	55
4.2.5	Instrumento de coleta de dados.....	56
4.2.7	Operacionalização da coleta dos dados	61
4.2.8	Análise dos Dados.....	63
4.2.9	Considerações Éticas - Riscos e Benefícios	67
5	RESULTADOS.....	69
5.1	Artigo de Revisão Integrativa: Intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos: revisão integrativa	69
5.2	Artigo Original: Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação saudável em menores de um ano	Erro! Indicador
6	CONCLUSÃO	
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICES	133
	APÊNDICE A - Formulário I	133
	APÊNDICE B - Formulário II - Formulário de Investigação da Alimentação Complementar	136
	APÊNDICE C - Carta - Convite para participação em pesquisa	141
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Juízes	142
	APÊNDICE E - Características dos Especialistas	144
	APÊNDICE F - Validação do Conteúdo do Questionário de Investigação da Alimentação Complementar	145
	APÊNDICE G - Resultado geral da validação do formulário II.....	157
	APÊNDICE H - Procedimento operacional padrão formulário I	172
	APÊNDICE I - Procedimento operacional padrão formulário II – questionário de investigação da alimentação complementar.....	173
	APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	178
	APÊNDICE K - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	180
	APÊNDICE L - Termo de consentimento livre e esclarecido para responsável legal pelo menor de 18 anos	182

ANEXOS - ANEXO A - Instrumento de Avaliação do Rigor Metodológico das Publicações Seleccionadas	185
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP.....	187
ANEXO C - Carta de Anuência	191

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento econômico, industrial e a globalização influenciaram positivamente no crescimento das nações. Entretanto, trouxe repercussões negativas no estado nutricional da população mundial, decorrente das rápidas mudanças nos estilos de vida e no padrão de alimentação, especialmente nos países em desenvolvimento ¹. Internacionalmente, tem sido observada uma transição nutricional caracterizada pelo declínio nas taxas de desnutrição e aumento crescente na prevalência de sobrepeso e obesidade nos últimos trinta anos ².

No Brasil, entre os anos de 1996 e 2007 houve uma redução de cerca de 50% na prevalência de desnutrição infantil, decorrente da melhora do poder aquisitivo das famílias e da expansão do acesso aos serviços públicos essenciais pela população ³. Paralelamente, os avanços tecnológicos repercutiram no declínio do nível de atividade física devido ao maior tempo de uso de aparelhos eletrônicos ⁴. Esse fato, associado à adoção de hábitos alimentares inadequados, baseados em uma dieta com alta densidade energética, baixa concentração de nutrientes e elevado consumo de alimentos industrializados como refrigerantes, doces, salgados e embutidos, contribuiu diretamente para o aumento da obesidade, a crescente prevalência de sobrepeso infantil e o aparecimento de doenças crônicas associadas ⁵⁻⁷.

A influência familiar e a maturação psicomotora associada aos aspectos culturais e socioeconômicos têm interferência direta no padrão alimentar de lactentes ⁸. A família, como agente de aprendizado social, tem forte influência na prevenção dos agravos nutricionais na infância, pois é no ambiente doméstico, com a observação do estilo de vida dos pais e de outros membros da rede social ligados ao cuidado, bem como a participação nas relações intrafamiliares, que são desenvolvidas as preferências alimentares que acompanharão a criança até a idade adulta ⁹⁻¹¹.

Nos primeiros dois anos de vida, a formação dos hábitos alimentares é reflexo das influências genéticas e ambientais e da interação da criança com a própria mãe ou com a pessoa mais ligada à sua alimentação ¹²⁻¹³. Nessa faixa etária, os pais são responsáveis pelos alimentos oferecidos à criança, a qual regula a quantidade do que come e o momento certo de sua refeição ¹⁴.

Essa multicausalidade relativa ao consumo de alimentos em crianças e os riscos de distúrbios nutricionais em decorrência da introdução errônea da alimentação, direcionou o investimento dos órgãos responsáveis pelo gerenciamento de ações em saúde da criança em programas de promoção da saúde infantil, voltados às necessidades nutricionais desse público.

A preocupação com a alimentação infantil no Brasil teve destaque a partir de 2002, quando o Ministério da Saúde (MS) começou a investir em estratégias de capacitação profissional sobre o manejo da alimentação complementar por meio do lançamento do primeiro manual “Dez Passos para uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos”¹⁵. Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na qual se destaca, entre outras ações, o incentivo à amamentação e alimentação saudável para o público infantil¹⁶.

Em 2008, por meio da Portaria 2.799 o MS criou a Rede Amamenta Brasil, durante a abertura da Semana Mundial de Amamentação. Essa estratégia visava à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica¹⁷. No contexto da promoção da alimentação saudável, o MS lançou em 2010 a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que teve como objetivo promover, incentivar e orientar a alimentação complementar como prática rotineira nas unidades de saúde. A publicação de materiais relacionados à temática como textos de apoio, folders, álbum seriado e oficinas de capacitação para tutores possibilitou mobilizar e sensibilizar profissionais da saúde sobre a importância da alimentação complementar saudável¹⁸.

Ao considerar a necessidade de ações de saúde e nutrição, o MS unificou em 2013 a Rede Amamenta Brasil e a ENPACS, dando origem a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)¹⁹. O principal objetivo da EAAB é incentivar a orientação da alimentação complementar nos serviços de saúde por meio da promoção de capacitações para os recursos humanos que atuam nas Unidades de Atenção à Saúde, visando auxiliar na orientação adequada para os cuidadores com base nas necessidades nutricionais da criança¹⁹.

Os dois primeiros anos de vida da criança são caracterizados pela intensa vulnerabilidade alimentar devido às demandas biológicas aumentadas e modificações significativas da alimentação, como a transição do aleitamento materno para alimentação da família²⁴. Os erros alimentares do primeiro ano de vida podem trazer consequências a curto e longo prazo, sendo decorrentes do desmame precoce, uso do leite de vaca integral, introdução na dieta de alimentos industrializados ricos em lipídeos, açúcar e sal, baixa ingestão de micronutrientes e elevado consumo de macronutrientes²¹.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada no ano de 2006, indicou aumento de 7% nos índices de excesso de peso em relação à altura em crianças menores de cinco anos, quando comparada à mesma pesquisa realizada em 1996²². Outrossim, apesar dos crescentes níveis de sobrepeso e obesidade infantis, ainda

existem crianças com baixo peso, o que pode acarretar em prejuízos para o seu crescimento e desenvolvimento ²³⁻²⁴.

A alimentação adequada, com consumo equilibrado de carboidratos, proteínas e lipídeos é essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, além de funcionar como fator de promoção da saúde e prevenção para algumas doenças na fase adulta ²⁵⁻²⁷. A prevenção da obesidade durante a infância é a maneira mais segura de evitar os agravos crônicos não-transmissíveis no adulto ²⁸.

Entre as ações voltadas à saúde das crianças para promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável destaca-se a consulta de Puericultura realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ²⁹⁻³⁰. O MS recomenda que sejam realizadas sete consultas no primeiro ano de vida, duas consultas até os dois anos e, a partir dessa idade, um acompanhamento próximo ao aniversário da criança ²².

O enfermeiro, responsável pela consulta de puericultura, deve orientar a família, abordando integralmente as necessidades de saúde da criança ³¹. Para este fim, as ações educativas se configuram como uma prática eficaz, pois são capazes de influenciar o desenvolvimento saudável por meio da troca de conhecimentos entre enfermeiros e usuários, além de proporcionar a oportunidade para rever os cuidados implementados pela mãe/cuidador à criança ²⁷.

O uso da educação em saúde nos cenários do cuidado de Enfermagem deve ser realizado considerando práticas educativas problematizadoras. Nesse sentido, o enfermeiro, como educador em saúde, deve se apropriar de um referencial teórico-metodológico que lhe permita fazer uso das ferramentas disponíveis utilizando uma abordagem dialógica para realizar orientações ³².

Dentre as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na consulta de puericultura, a avaliação de questões relativas à amamentação e alimentação merecem destaque, devido a interferência no estado nutricional infantil ³³. No acompanhamento do crescimento, a utilização dos índices antropométricos peso, estatura e índice de massa corpórea por idade auxilia a identificação precoce de distúrbios nutricionais ³³, sendo o peso a medida de mais fácil obtenção e de maior sensibilidade às variações agudas do estado nutricional ³⁴⁻³⁵. A detecção de alterações na composição corporal nos primeiros anos de vida subsidia a realização de intervenções precoces ³⁶. Alterações como excesso ou déficit de peso predis põe as crianças à anemia, má formação, infecções e debilidade física quando têm baixo peso, ou

hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, pulmonares, metabólicas e ortopédicas na condição do sobrepeso³⁶⁻³⁷.

No contexto da atenção básica, a adesão das mães às orientações dos profissionais da saúde pode melhorar o comportamento alimentar das crianças, especialmente quando essas têm percepção da importância da alimentação para a saúde da criança³⁸. Ademais, as razões mais referidas pelas mães para não seguirem as orientações sobre alimentação complementar oferecidas nos serviços de puericultura são a não aceitação da dieta pela criança, a falta do alimento, a praticidade no oferecimento do leite materno, a falta de tempo para o preparo dos alimentos, a facilidade no preparo do mingau e a falta de apoio de familiares³⁹.

As estratégias para combater as alterações nutricionais são desenvolvidas a partir do diagnóstico situacional de saúde e nutrição de uma população⁴⁰. Portanto, para promover mudanças comportamentais positivas em relação à alimentação na infância, é necessário conhecer o consumo alimentar das crianças menores de dois anos, já que nessa fase os hábitos de consumo estão sendo adquiridos e consolidados³⁹. Dentre os fatores que interferem na adoção de práticas saudáveis nos primeiros anos de vida destacam-se os socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e nutricionais. Portanto, a mensuração dos mesmos possibilita identificar sua influência na promoção da alimentação infantil saudável⁴¹.

Assim a partir do conhecimento dos fatores que interferem nas práticas alimentares maternas, o profissional tem condições de efetivar intervenções educativas, de acordo com a realidade na qual a criança está inserida, de maneira simples e acessível para que o responsável pelos cuidados compreenda as especificidades desse processo¹⁴. Dessa forma, coloca-se a seguinte questão: Quais os fatores que influenciam na implementação da prática alimentar adequada por mães durante o primeiro ano de vida da criança?

Conforme norma do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, esta dissertação está estruturada em capítulos. O primeiro refere-se a introdução, na qual a temática é abordada de forma sucinta e onde pode ser encontrada a justificativa do estudo. O segundo descreve os objetivos geral e específicos. O terceiro trata da revisão de literatura, composta por seis temáticas relacionadas a alimentação infantil: epidemiologia nutricional na infância, políticas de alimentação e nutrição no Brasil, alimentação infantil (aleitamento materno e alimentação complementar), fatores determinantes da prática alimentar, rede social e apoio nas práticas alimentares e estratégias educativas na promoção da alimentação infantil saudável. O quarto apresenta os métodos que subsidiaram a construção dos artigos de revisão integrativa e o

artigo original. O quinto capítulo diz respeito aos resultados da dissertação, apresentados sob a forma de um artigo de revisão integrativa da literatura intitulado: ‘Intervenções educativas na promoção da alimentação infantil saudável em menores de dois anos: revisão integrativa’, submetido a periódico científico, qualis B1 para Área da Enfermagem; e o artigo original “Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação saudável em menores de um ano”. O sexto e último capítulo traz a conclusão da dissertação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar as práticas maternas na alimentação de crianças no primeiro ano de vida, de acordo com as recomendações dos dez passos para alimentação saudável.

2.2 Específicos

- Investigar a prática de mães/cuidadores na alimentação infantil de no primeiro ano de vida.

- Verificar a associação entre as variáveis socioeconômicas, habitacionais, maternas, assistência e educação em saúde com a prática alimentar adequada no primeiro ano de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Epidemiologia Nutricional na Infância

A qualidade e a diversidade da dieta de uma população sofrem influência de diversos fatores, geralmente relacionados a condição socioeconômica na qual a população está inserida ⁴². Historicamente, com o capitalismo e a globalização, as pessoas passaram a ter mais acesso a produtos que antes eram desconhecidos e que, com o passar do tempo, foram incorporados as suas rotinas alimentares ⁴³.

Nos últimos três séculos houve uma transformação no padrão alimentar, nos padrões de atividade física e na composição corporal em diversas regiões do mundo ⁴⁴. As mudanças alimentares em relação a fonte, o modo de processamento e distribuição de alimentos levou a população a alterar suas escolhas, dando preferência ao consumo de alimentos processados, influenciando diretamente no panorama nutricional ⁴⁵.

O Brasil, nas últimas décadas, passou por grandes transformações no cenário político, econômico, social e cultural que acarretaram em alterações no consumo alimentar e no padrão nutricional dos brasileiros ^{5, 46}. Desde a década de 70, inquéritos realizados neste país têm apresentado redução na prevalência de baixo peso em ambos os sexos e em todas as faixas etárias ⁴⁷. Essas mudanças, quando associadas ao sobrepeso, conhecidas como transição nutricional, são caracterizadas pelas novas demandas alimentares e mudanças nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais da população ⁴⁸.

A melhoria nos serviços públicos de saneamento e programas de saúde contribuiu para redução dos problemas nutricionais da população brasileira ⁴⁷. Essas transformações colaboraram para diminuição da fome e desnutrição infantil no país, acontecimentos que ocorreram de forma paralela ao aumento do excesso de peso na população, gerando um panorama de problemas relacionados à alimentação e nutrição e ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis ^{5, 49}.

Em outros países em desenvolvimento, aproximadamente 50% das mortes em menores de cinco anos está relacionada à desnutrição, que priva a criança dos nutrientes essenciais para o seu crescimento e desenvolvimento ⁵⁰. No Brasil, a proporção de crianças com baixo peso para idade diminuiu de 18,4% em 1974 para 6,8% em 2006, enfatizando a importância da atenção permanente à segurança alimentar e nutricional das crianças ⁵¹⁻⁵². Porém, apesar da redução significativa da desnutrição no público infantil, as deficiências de micronutrientes e a

desnutrição crônica ainda coexistem com o excesso de peso e obesidade em todas as faixas etárias e extratos da população ⁴⁶.

A prevalência de obesidade praticamente dobrou entre os anos de 1980 e 2008 ⁵³. A dieta dos brasileiros ultrapassa as recomendações de consumo para densidade energética, proteínas, açúcar livre, gordura *trans* e sódio e contém quantidades insuficientes de fibras e potássio ⁵⁴. A participação dos alimentos ultraprocessados no consumo alimentar da população aumenta o risco de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, além de causar a deficiência de micronutrientes, visto que esses alimentos contêm nutrientes em quantidades inferiores aos alimentos *in natura* ⁵⁵.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006 no Brasil, encontrou prevalências de 20,9% para o déficit de ferro e 17,4% para vitamina A em crianças menores de cinco anos no país ⁵⁶. Essas situações estão relacionadas principalmente ao consumo alimentar inadequado nos primeiros anos de vida ¹².

Nas crianças, as mudanças em relação aos padrões alimentares relacionam-se principalmente ao aumento do consumo de alimentos ultra processados e redução dos nutrientes básicos da dieta, como por exemplo, o leite e a água ⁴⁵. A prevalência de excesso de peso em crianças de zero até cinco anos manteve-se estável na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 quando comparada a anterior, enquanto que na faixa etária de cinco a nove anos, o aumento desse indicador foi aproximadamente três vezes maior ²².

A alimentação é um fator determinante para a promoção e proteção da saúde que contribui com o pleno crescimento e desenvolvimento humano ⁵. O primeiro ano de vida é o período em que a criança está mais vulnerável aos agravos nutricionais, pois corresponde a uma fase de intenso desenvolvimento ²⁹. O consumo alimentar nessa época está relacionado ao contexto social, cultural e às relações familiares da criança, repercutindo em longo prazo na sua adolescência e na vida adulta ⁵⁷⁻⁵⁸.

Práticas alimentares inadequadas na infância são reflexos do desmame precoce, da introdução inadequada da alimentação complementar e do consumo excessivo de alimentos industrializados ⁵⁹. Suas consequências estão relacionadas ao desenvolvimento de diarreias, infecções respiratórias, desnutrição, anemias, carência de micronutrientes e obesidade infantil ^{12, 60}.

Atualmente, a atenção à saúde da criança é uma das prioridades em saúde na maioria dos países do mundo, devido ao interesse na formação de indivíduos saudáveis, úteis e

socialmente adaptados, garantindo o desenvolvimento adequado das futuras gerações⁶¹. A dieta balanceada é essencial para o crescimento e desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos, visto que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas relacionadas à prática alimentar trazem prejuízos a curto e longo prazo no decorrer da vida do indivíduo⁶².

No Brasil, o consumo alimentar das crianças está muito aquém das recomendações do MS para uma alimentação adequada e saudável, devido ao baixo consumo de frutas, legumes e verduras associado à elevada ingestão de alimentos industrializados¹². Assim, diante do panorama de transição nutricional e visando minimizar os riscos de erros alimentares, foram criadas políticas públicas direcionadas ao público infantil, com o objetivo de intervir precocemente nos distúrbios alimentares, com enfoque nos primeiros anos de vida da criança.

3.2 Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil

As crianças, antes de serem vistas como ser social portador de direitos, foram tratadas da mesma forma que os adultos, sem consideração às particularidades de seu crescimento e desenvolvimento⁶³⁻⁶⁴. No final do século XVIII, com o surgimento do sentimento de infância, as crianças começaram a ser tratadas de acordo com suas especificidades, sendo percebidas em sua singularidade^{63, 65}.

No Brasil, a preocupação com as particularidades da infância só se consolidaram no início do século XX com os programas de proteção à maternidade, infância e adolescência implantados entre os anos de 1930 e 1940 do Departamento Nacional da Criança (DNCr); que realizavam ações educativas e de vigilância direcionadas ao atendimento da dupla mãe-filho, com o objetivo de combater a mortalidade infantil^{64, 66}. Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, que concentrava ações que objetivavam a redução da morbimortalidade materno-infantil⁶⁶.

No final do século XX houve um redimensionamento nas concepções teóricas, jurídicas e técnicas no atendimento ao público infantil, reconhecendo a criança como sujeito de direitos e objeto de proteção integral⁶⁷. Dentre as ações dirigidas à criança destaca-se a criação em 1981 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) cujo eixo norteador era o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. O PAISC destacava pela primeira vez ações específicas para o manejo do aleitamento materno e a introdução da dieta de transição⁶⁴.

Para que o direito à alimentação, assegurado pela Constituição Federal, fosse garantido para o público infantil, políticas públicas começaram a ser criadas na década de

1980 como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com objetivo de reduzir as taxas de desmame precoce na época ⁶⁶. Nesse período, o enfoque dos programas de saúde direcionava-se basicamente a redução nos índices de mortalidade infantil, por meio do estímulo à amamentação, cujos benefícios já eram conhecidos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, transformou o sistema de saúde brasileiro, garantindo o acesso a serviços para os grupos populacionais mais vulneráveis, por meio da desfragmentação da assistência ⁶¹. As ações de saúde direcionadas à criança após a criação do SUS até o ano 2000 também tinham como objetivo a redução da mortalidade infantil com enfoque na resolução das doenças prevalentes na infância ⁶⁶.

A transição nutricional trouxe novos olhares para as políticas públicas sobre alimentação. Nesse sentido, as autoridades mundiais em saúde manifestaram o interesse em capacitar profissionais e usuários por meio de guias alimentares sobre a importância da alimentação saudável, que tinham como objetivo fornecer orientações nutricionais sobre hábitos e práticas alimentares voltados a públicos-alvo específicos ⁶⁸.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), lançou a primeira versão do Guia alimentar para crianças menores de dois anos em 2002 com o intuito de melhorar a saúde infantil por meio da alimentação saudável e com esclarecimentos direcionados aos profissionais de saúde acerca do manejo das orientações às mães sobre a prática alimentar infantil adequada ¹⁵.

Esse guia alimentar continha evidências científicas obtidas por meio de pesquisas, sobre a situação alimentar e nutricional das crianças menores de dois anos no Brasil ⁶⁹. Com o objetivo de superar os problemas relacionados à alimentação infantil, o MS organizou as informações desse guia, que já apresentava brevemente os dez passos para alimentação infantil, e elaborou no mesmo ano um manual específico contendo os Dez Passos para Alimentação Saudável de uma maneira mais abrangente, no intuito de sistematizar as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde ¹⁵.

Vale ressaltar que as experiências iniciais contidas nessa publicação forneceram subsídios para a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), criada em 2006, de forma que a alimentação saudável fosse contemplada como um dos eixos dessa Política, reforçando a ideia da alimentação como direito humano básico e enfocando seu papel de determinante e condicionante social de saúde ⁵⁶. Essa política também apresentou como objetivo a formação profissional e capacitação de trabalhadores, gestores e cidadãos em determinadas temáticas baseadas na realidade local e com abordagem problematizadora, visando a prática dialógica

entre os profissionais de saúde e a população ⁵. Na formação dos profissionais em saúde como disseminadores de informações à população sobre a alimentação, a PNPS reforça e estimula a criação de Guias Alimentares como instrumento estratégico de educação nutricional e alimentar ⁷⁰.

Em 2008 foi criada a Rede Amamenta Brasil com o objetivo de auxiliar os profissionais e a sociedade a compreender a amamentação não apenas como um processo biológico, mas também social e cultural. Além disso, propunha a formulação de uma estratégia nacional que buscasse a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno na rede básica de saúde ¹⁷, considerando o potencial das unidades de saúde na promoção do aleitamento materno por meio da construção de uma rede e suporte e apoio direcionado ao contexto da comunidade ⁷¹.

O objetivo principal da Rede Amamenta era reduzir a mortalidade materna e infantil no Brasil por meio do aumento nos índices de aleitamento materno ¹⁷. Para atingir esse objetivo, sua metodologia de trabalho baseava-se na construção do conhecimento e na elaboração de propostas para promover o aleitamento materno a partir das dificuldades vivenciadas pela equipe. Embora já tenham sido obtidos resultados positivos na implantação dessa estratégia ⁷², sua implementação ainda é um desafio em algumas localidades do Brasil ⁷³.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que antecede a PNPS, foi atualizada em 2009 contemplando conceitos relacionados à alimentação como um dos condicionantes para promoção da saúde. Nessa ótica, a formulação das estratégias para capacitação dos profissionais de saúde reforça a importância da qualidade dos alimentos para a promoção de práticas alimentares saudáveis adaptadas à realidade atual de transição nutricional ⁵.

A Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), criada em 2010, em complemento a Rede Amamenta, objetivava incentivar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde, utilizando como material educativo os guias alimentares do Ministério da Saúde para capacitar os profissionais sobre a alimentação complementar no âmbito do SUS ¹⁸.

Desde a publicação de seu primeiro exemplar em 2002, o guia alimentar Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos passou por algumas atualizações, de modo que contemplassem as novas informações acerca do papel da alimentação na saúde da criança. Essas medidas tinham como finalidade atender aos

objetivos dos programas de educação nutricional vigentes, facilitando a aprendizagem e a adaptação a uma conduta alimentar saudável ⁶⁸. A última versão desse material foi publicado em 2013.

Diante da complementariedade dos objetivos da Rede Amamenta e da ENPACS, como forma de unificar as ações, o Ministério da Saúde, em 2013, criou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). A metodologia de trabalho dessa estratégia é semelhante às demais, porém aborda questões referentes à alimentação para crianças até dois anos de idade. Atualmente, essa estratégia está em execução no Brasil, auxiliando mães com dificuldades na amamentação e na introdução de alimentos complementares na dieta infantil ¹⁹.

Paralelamente a EAAB e com objetivo de prevenir e controlar as deficiências nutricionais na infância e potencializar o desenvolvimento infantil, o MS em parceria com o Ministério da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate a Fome implantou em 2014 no Brasil a Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NutriSUS) ⁹. Essa estratégia, conhecida internacionalmente como fortificação caseira, consiste na adição direta de micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó à alimentação de crianças por um período de 60 dias consecutivos ⁷⁴.

O NutriSUS, ainda em fase de implantação no país, tem como cenário as creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE), para potencializar o papel da escola na promoção da alimentação infantil saudável ⁷⁴. As crianças participantes devem ter idade acima de seis meses e não podem estar recebendo sulfato ferroso ou outras formas de suplementação de ferro ¹². A avaliação dessa estratégia vem sendo realizada durante a avaliação anual do PSE.

A preocupação com a saúde infantil levou o MS no segundo semestre de 2015, a instituir no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno por meio do cuidado integral desde a gestação até os 9 anos, com enfoque de ações nos primeiros cinco anos de vida da criança ⁷⁵. Em seu eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável, as ações estratégicas para promoção dessas duas práticas são garantidas por meio do fortalecimento de estratégias de alimentação já constituídas, dentre elas a EAAB.

Porém, apesar das políticas públicas e da influência positiva dos programas desenvolvidos para promoção do aleitamento materno e da comprovação da superioridade da amamentação sobre as outras formas de alimentação nos primeiros seis meses, a mediana de duração de aleitamento materno em crianças menores de dois anos ainda é de apenas 60 dias,

muito aquém do preconizado ^{14, 76}. Em relação a alimentação complementar, o consumo de frutas, legumes, verduras e carnes está abaixo da frequência recomendada, enquanto que o consumo de alimentos industrializados como biscoitos, refrigerantes e salgadinhos está acima do recomendado para o crescimento nas crianças brasileiras de 6 a 59 meses ⁷⁷.

3.3 Alimentação Infantil

Os primeiros dois anos de vida correspondem a fase de maior e mais rápido crescimento e desenvolvimento ⁷⁸. Para que esses processos ocorram sem prejuízo, faz-se necessário estimular o consumo de alimentos saudáveis desde o nascimento, pois a alimentação é considerada um fator condicionante e determinante da saúde em todas as fases da vida, repercutindo de forma positiva ou negativa ^{5, 79}.

Um dos melhores indicadores de saúde nessa fase é o crescimento infantil, traduzindo-se no ganho de peso e no crescimento linear ²². Distúrbios nutricionais na infância são responsáveis por prejuízos na saúde de indivíduos e comunidades ¹⁴. A alimentação e nutrição adequadas nessa faixa etária são fundamentais para prevenção de distúrbios nutricionais a curto e longo prazo na saúde da criança ^{21, 80}.

A alimentação infantil pode ser definida como o processo alimentar, comportamental e fisiológico que envolve a ingestão dos alimentos pela criança ⁴¹. Nos primeiros anos de vida, a alimentação possui papel fundamental no crescimento e ganho de peso e no desenvolvimento psicomotor adequados da criança ⁸¹. Práticas alimentares inadequadas nos dois primeiros anos de vida elevam os índices de morbimortalidade, prejudicam o crescimento e desenvolvimento aumentando a incidência de doenças crônicas não-transmissíveis na infância ⁶².

A ingestão de alimentos manipulados de maneira inadequada e o uso de utensílios na alimentação, como mamadeiras, podem trazer danos à saúde da criança, e são consequências da introdução precoce de alimentos na infância e da diminuição/abandono do aleitamento materno ⁸¹. Assim, baseados nos benefícios da alimentação infantil saudável e para evitar problemas no crescimento e desenvolvimento relacionados à dieta, o Ministério da Saúde estabeleceu como diretriz o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até o segundo ano como alimento ideal para crianças menos de dois anos ¹⁴.

3.3.1 Aleitamento Materno

O leite materno é o melhor alimento oferecido ao lactente no período inicial de sua vida, pois, além de oferecer quantidade energética ideal com todos os nutrientes necessários ao crescimento, também proporciona inúmeros fatores imunológicos relevantes para prevenção da morbimortalidade infantil ⁶⁰. O ato de amamentar supre não só necessidades nutricionais e adaptativas da criança, mas também aquelas cognitivas, motoras e relacionadas a formação emocional, construída pelo contato pele a pele e olhos nos olhos entre a mãe e o lactente ⁸².

O leite humano (LH) contém substâncias como gorduras, mais especificamente ácidos graxos de cadeia curta e longa, que são responsáveis pelo aporte energético; lactose como principal carboidrato que auxilia na absorção do cálcio, ferro e na colonização intestinal; minerais na sua forma mais biodisponível; vitaminas em quantidades adequadas para o crescimento; e imunoglobulinas que auxiliam no processo de formação e resposta do sistema imunológico ⁸³. Sua composição é determinada naturalmente para fornecer energia e nutrientes em quantidades adequadas às necessidades do lactente ⁸⁴.

Nos primeiros meses de vida a função gastrointestinal e renal tem desenvolvimento incompleto, comprometendo sua capacidade de digerir, absorver e metabolizar alimentos além do leite materno ⁸. Ao nascimento, a criança apresenta reflexos orais motores que auxiliam na amamentação por meio da coordenação entre a busca, sucção e deglutição ⁸⁵.

Com relação aos reflexos motores, a pega correta da mama pelo recém-nascido exige uma ampla abertura da boca, de modo que mamilo e aréola sejam abocanhados, formando um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo e a sucção ¹². A elevação da ponta e das bordas da língua formando uma concha possibilita a passagem do leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição ¹². A coordenação e execução correta desses movimentos de sucção e deglutição dependem da maturação do sistema nervoso, o qual inicia reflexos mais voluntários a partir dos seis meses, o que justifica a aptidão da criança no recebimento de novos alimentos na dieta a partir dessa idade ⁸⁵.

Assim, para uma amamentação bem-sucedida, é preciso que a mulher receba orientações desde a gestação sobre os benefícios do aleitamento materno e que sejam realizadas ações educativas durante as consultas de pré-natal com objetivo de encorajá-la a amamentar imediatamente após o parto ⁸⁴. O MS (2009), buscando sistematizar as orientações já existentes sobre essa temática, definiu os termos acerca da amamentação, seguindo as diretrizes da World Health Organization (WHO), classificou o aleitamento materno em:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): quando a criança é alimentada exclusivamente com leite materno, diretamente da mama, ordenhado ou de outras fontes, sem o oferecimento de outros líquidos ou sólidos, com exceção de medicamentos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): quando a criança é alimentada com água ou bebidas à base de água, suco de frutas ou outros fluidos, além do leite materno;
- Aleitamento Materno Complementado (AMC): quando a criança é alimentada com sólido, semi-sólido ou outro tipo de leite, além do leite materno, com a finalidade de complementá-lo, mas não substituí-lo;
- Aleitamento Materno Misto ou Parcial (AMM): quando a criança é alimentada com outros tipos de leite, além do leite materno.

O sucesso do aleitamento materno é definido pelo maior tempo em amamentação e pela satisfação na interação mãe-bebê ⁸⁶. A recomendação atual é que o AM seja exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até o segundo ano de idade ⁸⁷. A WHO estabeleceu como estimativa para os países que a média de AME até o sexto mês de vida seja elevada de 37% no período de 2006 a 2010 para 50% até o ano de 2025 ⁸⁸.

Para a mulher, os benefícios da amamentação consistem na redução na prevalência de câncer de mama, ovário e endométrio, efeito contraceptivo, proteção contra osteoporose, recuperação mais rápida do peso pré-gestacional, redução dos custos financeiros com a alimentação infantil e estímulo a formação do vínculo afetivo entre mãe e filho ^{14, 82}. Para o lactente, os benefícios estão associados a diminuição nos índices de mortalidade infantil associada a doenças diarreicas e respiratórias, redução no risco de alergias, hipertensão, dislipidemias, diabetes, obesidade, dentre outros ^{14, 89}.

Para a família, o ato de amamentar reduz os custos financeiros com a compra de bicos e mamadeiras, os episódios de infecções da criança e consequentemente as situações estressantes dos pais decorrentes da doença do filho, repercutindo positivamente na sua qualidade de vida ¹². Para o meio-ambiente e sociedade, essa prática contribui com a redução da morbimortalidade infantil, especialmente em crianças de menor idade e de baixos estratos socioeconômicos, devido à redução nos custos relativos à alimentação das crianças, além da diminuição do absenteísmo dos pais ¹⁴.

As políticas públicas de incentivo ao AM têm contribuído para aumentar os índices dessa prática, conforme mostram as pesquisas nacionais ⁹⁰. No Brasil, para estimular a amamentação nos últimos 30 anos têm sido implementadas estratégias como a Iniciativa

Hospital Amigo da Criança, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, as Semanas Mundiais de Amamentação e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil⁹¹.

A introdução precoce de alimentos na dieta de crianças amamentadas exclusivamente aumenta o risco de morbimortalidade infantil ⁹², devido a capacidade reduzida de absorver nutrientes, decorrente da imaturidade fisiológica ⁴¹. Nos primeiros meses de vida é necessário planejar a alimentação dos lactentes, considerando as limitações de seu organismo para digerir, absorver e metabolizar os componentes da dieta, devido a imaturidade do trato gastrointestinal, rins, fígado e do sistema imunológico ⁸⁵. As principais consequências do desmame precoce são a exposição do lactente a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo na digestão e assimilação dos nutrientes, dentre outros ⁹³.

3.3.2 Alimentação Complementar

A partir dos seis meses a maioria dos lactentes está preparada no que se refere ao desenvolvimento e maturação para aceitar outros alimentos além do leite materno ⁸. A dieta infantil nesse período deve incluir alimentos que complementem as funções do leite materno e que aproximem a criança dos hábitos alimentares de seus familiares ¹⁴. A alimentação complementar (AC) é considerada adequada quando os alimentos são oferecidos no momento certo e conforme aceitação da criança, com quantidades suficientes de energia, proteínas e micronutrientes e armazenados de forma que evite contaminações ⁸⁷.

A AC deve prover à criança quantidades de água e micronutrientes por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e agradáveis ao paladar infantil ¹⁴. Nesse período o uso do termo alimentos de desmame deve ser desestimulado, pois sua interpretação equivocada pode transmitir a ideia de que esses alimentos são introduzidos para substituir o leite materno, em vez de complementar a amamentação ⁴¹. Mesmo após a introdução de alimentos complementares na dieta, o leite materno continua a ser uma fonte de nutrientes para o lactente, pois fornece aproximadamente metade da energia que a criança necessita até um ano e um terço desta até o segundo ano de vida ⁹⁴.

A orientação dos profissionais para introdução da AC após os seis meses deve respeitar os hábitos alimentares e as características socioeconômicas e culturais da família, priorizando a oferta de alimentos regionais ¹⁴. O consumo de alimentos ricos em ferro e zinco, vitamina A, C e complexo B deve ser estimulado, enquanto que o consumo de alimentos industrializados deve ser desencorajado devido ao seu baixo teor nutricional ⁹⁵. A AC ofertada

deve conter maior densidade energética que a amamentação para evitar distúrbios nutricionais no lactente ⁹⁴.

A alimentação fornecida ao lactente a partir dos seis meses deve ser variada e composta por grãos, carnes, frutas e verduras ⁶². Nesse período de formação dos hábitos alimentares, a criança aprende a gostar mais dos alimentos que são oferecidos com maior frequência na sua dieta ¹⁴. Quando a introdução dos alimentos é retardada para além dos dez meses de idade, o risco para dificuldades na alimentação com relação a aceitação dos alimentos é aumentado ⁹⁴.

Com relação ao número de refeições para crianças em AME, ao completar seis meses, a alimentação da criança deve conter três refeições, sendo duas de fruta e outra salgada ⁶². Aos sete meses deve ser oferecida a segunda refeição salgada, até os oito meses, quando o padrão alimentar do lactente deve ser semelhante ao da família, com adaptação da consistência para idade da criança ⁶².

Durante o período de introdução da AC a criança deve ter seus próprios utensílios adaptados à idade, como colheres e pratos, de modo que o cuidador reconheça a quantidade de alimentos que é suficiente para saciá-la ⁹⁴. Uma frequência alimentar maior do que a necessária pode levar a redução na ingesta de leite materno pelo lactente ⁹⁶.

Os lactentes amamentados desenvolvem precocemente o autocontrole sobre a ingestão de alimentos ⁶². A quantidade de comida ingerida por refeição e sua densidade energética variam de acordo com peso da criança (30 ml/kg) ⁹⁴. Durante a fase de introdução da AC há a necessidade de adaptação a novos alimentos, sabores, texturas e consistências, sendo mais importante a introdução lenta e gradual para aceitação do que a quantidade ingerida ¹⁴.

A AC pode ser chamada de transição quando é preparada para adaptar o lactente até ele receber os alimentos na mesma consistência da família, complementando o leite materno ²⁸. Sua consistência dever ser aumentada progressivamente com textura apropriada, contendo alimentos dos grupos dos cereais e tubérculos, leguminosas, carne e legumes e verduras ¹⁴. A oferta de refeições com consistência inadequada pode levar ao comprometimento na ingesta dos alimentos, pois além da criança demorar mais a comer, a quantidade de porções ingeridas pode ser insuficiente para satisfazer suas necessidades ⁹⁶.

Outra questão associada à alimentação no primeiro ano de vida refere-se a introdução precoce de alimentos ultraprocessados, como biscoitos doces, tortas, refrescos, refrigerantes, embutidos e guloseimas na dieta da criança ⁹⁷. O risco no consumo desse tipo de alimento está

relacionado ao desenvolvimento de obesidade, diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares no público infantil ⁹⁸.

A introdução precoce dos alimentos complementares na dieta expõe a criança a microrganismos patogênicos especialmente às doenças diarreicas, devido ao risco de contaminação da água e dos alimentos durante a manipulação, preparo, cozimento e armazenamento ⁶². Os utensílios utilizados pelo lactente devem ser rigorosamente higienizados ⁹⁴, a utilização de mamadeiras deve ser desencorajada pelo risco de contaminação do alimento, dificuldade na limpeza e higienização do dispositivo ⁶².

Durante os períodos de doença as necessidades de nutrientes aumentam, e o lactente deve ser estimulado a ingerir mais alimentos ou a mamar por livre demanda ⁹⁴. O maior consumo de líquidos deve ser estimulado devido ao aumento no catabolismo e na perda de líquidos ^{62, 96}. O consumo dos alimentos preferidos na dieta da criança deve ser estimulado para reduzir os riscos relacionados a redução no apetite, com consequente perda de peso ⁹⁶.

A oferta de nutrientes em quantidades suficientes para suprir as demandas nutricionais da criança é garantida por meio de uma dieta diversificada. A diversidade alimentar, quando realizada no momento certo, com a introdução de alimentos de consistência, densidade energética e nutrientes adequada, oferecidos em quantidade e frequência corretas, garante a estimulação do apetite e a procura de novos sabores e texturas pela criança ⁸. Nesse contexto, nota-se a importância das orientações oferecidas às mães por profissionais de saúde capacitados para adequada introdução da alimentação complementar em lactentes aos seis meses de idade.

Nos últimos anos, o progresso na promoção da alimentação complementar não alcançou avanços tão significativos quanto aqueles relacionados à promoção da amamentação ⁴¹. Para minimizar os erros alimentares e seguir as orientações preconizadas pela WHO, o governo brasileiro estabeleceu os dez passos para uma alimentação saudável no manual Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos para padronizar e auxiliar os profissionais na orientação às mães nessa fase da vida ⁸⁰.

As recomendações presentes no guia alimentar Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos ⁶² estão dispostas em de maneira ordenada de modo que abordem desde as técnicas de comunicação que podem ser utilizadas pelo profissional, cuidados com a alimentação a partir do nascimento com enfoque na amamentação e introdução oportuna dos alimentos sólidos na dieta, até o preparo e armazenamento das refeições da criança. Este guia ainda contém orientações para crianças

não amamentadas, sugestões de cardápio adaptadas às regiões do Brasil e manejo de situações alimentares comuns na consulta de puericultura também estão incluídas no manual ⁶².

As orientações contidas nos dez passos ⁶² consistem em:

Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;

Passo 2 – Ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;

Passo 3 – Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno;

Passo 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos garantir o seu armazenamento e conservação adequados;

Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

A alimentação infantil adequada nos primeiros anos de vida corresponde ao aleitamento materno exclusivo até seis meses e a introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais ¹². Porém, para atingir esse patamar de adequabilidade alimentar, faz-se necessário conhecer os fatores que interferem na alimentação infantil.

3.4 Fatores determinantes da prática alimentar

Em crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, o estado nutricional é reflexo das condições ambientais as quais ela está exposta, como o tipo de alimentação, adoecimento, condições de moradia, saneamento básico, dentre outros ⁹⁹. Em crianças, o ganho ponderal sofre influência de vários fatores como ambiente social e econômico, escolaridade e Índice de Massa Corporal (IMC) maternos ¹⁰⁰. Hábitos alimentares de lactentes são influenciados pela família, representada pela figura materna, visto que a mãe é considerada a principal responsável pelos cuidados com o lactente ⁵⁸.

Em relação à amamentação, a prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses no Brasil aumentou de 3,1% na década de 1980 para 38,6% em 2006, mostrando um crescimento de mais de dez vezes nesse período de tempo ⁹¹. Porém, essa prevalência varia entre as regiões do país. Crianças de zero a um ano de idade que frequentam creches, cujas genitoras possuem maior idade, renda e escolaridade e que residem com quatro ou mais moradores no domicílio têm maior associação negativa a manutenção do aleitamento materno, especialmente nas regiões Sul e Sudeste do Brasil ¹⁰¹.

No Brasil, as diferenças regionais também interferem diretamente no consumo alimentar. Em crianças menores de seis meses, que residem nas regiões Sul e Centro-Oeste, o alimento mais precocemente introduzido na dieta é o chá, enquanto que nas regiões Norte e Sudeste são os sucos e na região Nordeste são outros tipos de leites e mingau ¹⁰². Em estudo realizado no Nordeste do Brasil, observou-se um elevado consumo de carboidratos, em especial de farinhas espessantes acrescidas ao leite de vaca devido à crença desse alimento como importante para saúde infantil ¹⁰³.

A idade materna está relacionada à introdução precoce de alimentos na dieta do lactente ¹⁰⁴. Em estudo realizado com mães adolescentes, foram observadas taxas de aleitamento materno de 60% no primeiro mês e de 10% no terceiro mês de vida da criança ¹⁰⁵. Mães com mais idade tem maior experiência e conhecimento e, consequentemente, maior acesso as informações sobre os benefícios da amamentação, aumentando as chances de amamentarem exclusivamente até o sexto mês ¹⁰⁵⁻¹⁰⁶.

Em relação ao estado civil, residir com o companheiro aumenta 1,27 vezes a chance de amamentar exclusivamente até o sexto mês de vida ¹⁰⁷. O apoio do cônjuge com o encorajamento e uso de expressões verbais de valorização do aleitamento materno configura-se como atitudes positivas para promoção do AM ¹⁰⁵.

O consumo mais elevado de frutas, legumes e verduras, carne e ovos, aliado a menor ingestão de alimentos industrializados, é diretamente proporcional a melhores níveis de escolaridade materna e inversamente proporcional ao estabelecimento de hábitos de vida sedentários pela mãe e o maior tempo em frente a televisão ¹⁰⁸. A maior escolaridade materna e a realização de consultas pré-natal são fatores de proteção para amamentação exclusiva até os quatro meses de vida ¹⁰⁹.

Mulheres que fumam e/ou tiveram algum episódio depressivo ao longo da vida e/ou têm insônia ou que encararam o parto como um evento traumático têm aproximadamente 2 a 3 vezes mais chances de introduzir alimentos na dieta da criança antes dos quatro meses de idade ¹⁰⁹. Experiências prévias bem sucedidas com amamentação aumenta 1,27 vezes a chance de manter o AM até o sexto mês de vida ¹⁰⁷. A amamentação de filhos de gestações anteriores configura-se como fator de proteção pois o ato de amamentar não se constitui como algo instintivo, necessitando de tempo para aprendizagem da técnica correta ¹⁰⁵.

O nível socioeconômico materno influencia na qualidade da alimentação, em relação ao consumo de alimentos saudáveis ¹⁰⁸. A renda familiar corrobora no estabelecimento de práticas alimentares mais saudáveis na infância, pois influencia na disponibilidade, quantidade e qualidade dos alimentos consumidos pela família ¹¹⁰.

A mídia televisiva também exerce influência sobre a alimentação infantil. A televisão, veículo de comunicação mais procurado para obter informações, dissemina propagandas com mensagens persuasivas e atraentes de alimentos com alta densidade calórica, ricos em gorduras, carboidratos, pobres em fibras alimentares e com praticidade no preparo de refeições, influenciando nas escolhas dos pais ou responsáveis e no consumo inadequado dos alimentos por parte das crianças ¹¹¹.

A utilização de chupeta nas duas primeiras semanas de vida duplica o risco de introdução precoce de alimentos na dieta do lactente ¹⁰⁹. A utilização de bicos artificiais modifica a anatomia da cavidade oral, prejudicando o desenvolvimento motor-oral e consequentemente as funções de mastigação, deglutição, dentre outras ¹⁴.

Em crianças maiores de seis meses, a dieta adquire as características da família, expondo a criança aos alimentos que formarão as bases de seus hábitos alimentares ¹². Os resultados de um estudo realizado em três capitais brasileiras com crianças de 4 a 12 meses evidenciaram um risco nutricional aumentado para lactentes durante o primeiro ano de vida, devido curta duração do aleitamento materno, uso do leite de vaca integral, introdução

precoce de alimentos industrializados ricos em lipídeos, açúcar e sal na dieta, aliados a baixa ingestão de micronutrientes, especialmente aqueles relacionados às defesas do organismo ²¹.

Assim, devido às especificidades e às dificuldades inerentes ao processo de alimentação no primeiro ano de vida da criança, são necessárias orientações direcionadas às demandas nutricionais de cada criança ¹². As estratégias para promoção da alimentação infantil saudável devem ser formuladas com base na interação entre os profissionais de saúde e família, de modo que seja construída uma rede social de cuidados que apoiem os atores envolvidos na assistência à criança.

3.5 Rede Social de Apoio nas Práticas Alimentares

A família, primeira instituição social do indivíduo, exerce impacto e influência significativos no comportamento humano, especialmente nos primeiros anos de vida ¹¹². No público infantil, para que as primeiras relações interpessoais ocorram de maneira bem sucedida, é necessária uma boa adaptação dos pais ao processo de formação da parentalidade, com consequente criação de um espaço no seu sistema conjugal para seus filhos ²².

A criança, quando vem ao mundo, é introduzida em um contexto familiar repleto de expectativas, crenças, valores e metas, que exercerão influência na sua formação ¹¹³. A efetividade de boas práticas parentais nesse período além de configurar a dinâmica familiar, interfere no processo de desenvolvimento na primeira infância, pois, em termos gerais, o pai e a mãe são os primeiros agentes prestadores de cuidado, modeladores de comportamento e responsáveis pela socialização de seus descendentes ^{112, 114}.

Para o cumprimento de suas funções relativas ao desenvolvimento da criança, a família precisa desenvolver uma estrutura mínima de relações, na qual os papéis parentais estejam bem estabelecidos ¹¹². Porém o núcleo familiar não consegue responder sozinho às demandas das crianças nessa fase, razão pela qual há a necessidade do recrutamento de outras organizações sociais para construção de uma rede de suporte de cuidados à criança, com o objetivo de atender essas necessidades ¹¹⁵.

A dinâmica familiar ultrapassa as relações sanguíneas, sendo constituída e fortalecida pelos vínculos afetivos estabelecidos entre seus membros, os quais constituem a principal rede social de apoio à família ¹¹⁶. Apoio social é toda e qualquer informação, falada, ou não, ou auxílio material oferecido por grupos ou pessoas que mantêm relação sistemática entre si e que resultam em efeitos emocionais ou comportamentais positivos ¹¹⁷. Essas relações se estabelecem entre os entes nucleares e ampliados da criança e influenciam no seu estado de

saúde devido ao seu papel no apoio, auxílio e superação das dificuldades de seus membros relacionadas ao estresse e resolução de conflitos ^{22, 118}.

As redes sociais podem ser classificadas em duas categorias: redes primárias, da qual fazem parte os membros mais próximos à mulher e secundária, composta por pessoas que auxiliam em momentos de necessidade ¹¹⁹.

A rede primária é constituída por laços de parentesco, vizinhança e amizade, construídos a partir da proximidade ou preferência ¹¹⁹. Em relação ao apoio na alimentação da criança, os membros da rede primária influenciam mais nas práticas maternas por sua maior proximidade com a realidade vivenciada pela mulher ¹²⁰.

A rede secundária é constituída por laços fortalecidos entre instituições, sendo classificadas em informais, quando relacionadas ao sistema de bem-estar da população (serviços de saúde) ¹¹⁹. Os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, estão incluídos na rede secundária da mãe/cuidador da criança. No que se refere ao apoio na alimentação infantil, essa rede auxilia na promoção e na resolução de dificuldades relacionadas ao processo desde o pré-natal até a consulta de puericultura ¹²¹.

A presença de uma rede social de apoio bem estruturada auxilia a mãe nos cuidados consigo e com a alimentação da criança ^{105, 122}. Durante o ciclo gravídico puerperal a mulher desenvolve uma sensibilidade que a faz compreender as necessidades do seu filho ¹²³. Após o nascimento, a amamentação é a forma mais segura de estabelecer a comunicação entre mãe e bebê, uma vez que permite o fortalecimento dos laços afetivos, oportuniza intimidade, apego, segurança, autoconfiança e realização materna ¹⁴.

A manutenção do aleitamento materno é consequência do apoio por meio de orientações adequadas e/ou dialogadas dos membros da rede social informal, que são reforçadas pelos profissionais da saúde ¹²⁴. O apoio fornecido pela rede social tem maior influência na mudança de comportamento materno em relação à amamentação e na não introdução de cereais no leite artificial do que na introdução de sólidos na dieta da criança ¹²⁵.

A formação dos hábitos alimentares da criança ocorre ao longo do primeiro ano de vida ¹⁴. Alimentar não é apenas um ato biológico, mas também uma prática socialmente elaborada que está relacionada à cultura e às relações familiares ⁵⁸. O sucesso da alimentação infantil depende de paciência, afeto e suporte por parte da mãe e dos cuidadores da criança, devendo toda família apoiar positivamente a mãe durante esse processo ¹⁴.

A alimentação infantil, desde a amamentação até a alimentação da família, é um processo complexo, no qual as mães vivenciam vários sentimentos que refletem seus

conhecimentos e os valores culturais e simbólicos que envolvem o alimento e o ato de alimentar seu filho ¹²⁶. A correta introdução dos alimentos na dieta da criança depende tanto das orientações adequadas à realidade, quanto do acompanhamento de um profissional da saúde capacitado e inserido do contexto social da família para auxiliar e fortalecer essa prática ³⁹.

O enfermeiro, nesse contexto, deve identificar e compreender o processo de alimentação infantil no cenário sociocultural e familiar, cuidando tanto da mãe e filho quanto da família ¹⁴. A motivação da mulher exerce papel fundamental sobre a execução bem sucedida do aleitamento materno exclusivo ⁶². Quanto maior a rede de apoio da mãe que amamenta, menor o risco de introdução precoce de alimentos na dieta infantil ¹²².

Em países em desenvolvimento, uma rede social ampliada e fortalecida, com maior número de cuidadores, influencia positivamente na introdução oportuna dos alimentos complementares ¹²⁷. A maior participação do pai, avós, irmãos e demais membros da rede social, possibilita não só a criança aprender a comer, como também toda família aprender a cuidar, minimizando riscos de transtornos nutricionais no futuro ¹⁸. A presença do profissional da saúde como apoiador na efetivação de práticas alimentares saudáveis prolonga o tempo em amamentação, principalmente se este acompanhar a mãe desde a gestação até o oferecimento de alimentos à criança ¹²⁸.

A construção de redes sociais formais e informais de apoio às mães possibilita maior segurança e tranquilidade no enfrentamento de situações difíceis ¹²⁹. A alimentação infantil é um processo complexo e que sofre influência direta do comportamento dos pais ¹⁴. Nesse contexto, a rede social de apoio auxilia a mulher no atendimento de suas necessidades e consequentemente na manutenção do AME até o sexto mês de vida e introdução da AC de forma adequada ¹²².

3.6 Estratégias Educativas na Promoção da Alimentação Infantil Saudável

A ampliação do acesso e a melhoria na qualidade da rede de serviços de Atenção Básica (AB) no Brasil nos últimos anos tem mostrado a oportunidade para o desenvolvimento de práticas de promoção à saúde nesse cenário ⁵⁷. Nos últimos 20 anos, o MS tem investido na criação de programas e materiais educativos que buscam capacitar os trabalhadores da AB quanto as orientações sobre a alimentação infantil.

Essas orientações para promoção da alimentação infantil saudável devem ser iniciadas já no pré-natal, com orientações sobre a amamentação ¹². Nessa consulta são fornecidas

informações essenciais na promoção do aleitamento materno ¹³⁰, além de propiciar o acompanhamento da formação do vínculo mãe-filho.

Após o nascimento da criança, as consultas de puericultura se configuram em um momento para aprimorar o conhecimento das mães sobre alimentação e cuidados com a criança ¹³¹. A orientação de um profissional da saúde qualificado, nesse momento, é fundamental, visto que diminuem as chances de desmame precoce e melhoram a qualidade alimentar nos primeiros anos de vida ¹³².

A maior parte das ações educativas sobre alimentação que têm como principal estratégia o aconselhamento nutricional é predominantemente direcionada aos profissionais da saúde ¹³³. As capacitações promovidas pelo MS para os profissionais utilizavam metodologia crítica reflexiva com enfoque problematizador para formação de tutores, visando resolução de problemas a partir da prática cotidiana dos serviços de saúde, para, posteriormente, disseminar esse conhecimento no seu ambiente de trabalho ¹⁸.

A capacitação dos profissionais sobre aconselhamento nutricional possibilita a melhor escuta terapêutica, com orientações mais direcionadas às necessidades da criança e o maior incentivo na realização de boas práticas alimentares pela genitora ¹³⁴. Porém, em sua prática, os profissionais da saúde encontram dificuldades para manter sua atualização sobre alimentação infantil devido a demanda de atribuições exercidas pela sua função ¹³⁵. Paralelamente a sobrecarga profissional, aparecem as questões gerenciais relacionadas à articulação e pactuação entre as esferas de gestão do SUS, o que dificulta a implementação de estratégias direcionadas a esses atores ⁹¹.

Os profissionais da saúde são responsáveis pela promoção da alimentação infantil saudável no momento em que conseguem orientar de forma prática, simples e acessível a comunidade que assistem ¹⁴. Nessa perspectiva, o grande desafio consiste na condução do processo de introdução de alimentos complementares considerando as necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios e enfatizando os êxitos alcançados pela mãe nesse processo ¹⁸.

Pelo maior contato com a realidade da população, muitos profissionais da saúde atribuem ao enfermeiro a responsabilidade pelo aconselhamento nutricional para o público infantil ¹³⁶. No Brasil, o principal agente responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura nos serviços de atenção primária tem sido o enfermeiro ¹³⁷.

O maior problema relacionado ao acolhimento às necessidades nutricionais da criança está associado a abordagem realizada pela maioria dos profissionais da saúde, que, desde sua formação acadêmica, apreendem o conteúdo didático de forma dissociada da realidade, considerando puramente o problema, sem seus fatores condicionantes ¹³⁸. Para transformar esse contexto, e com o objetivo de aproximar os profissionais do cotidiano dos usuários dos serviços de saúde, o MS criou a Política Nacional de Humanização, cuja principal diretriz diz respeito ao estabelecimento de diálogo e escuta qualificada do paciente, com a construção de relações de compromisso e confiança, aproximando o profissional de sua população assistida ¹³⁹.

O profissional de enfermagem, no nível primário de assistência, busca o atendimento integral das necessidades da criança, por meio do monitoramento, avaliação e intervenção precoce no processo saúde/doença, enfatizando seu papel assistencial e educativo ³¹. Assim, as consultas de puericultura consistem em um momento oportuno para orientação das mães em relação a alimentação infantil saudável.

4 MÉTODOS

Este estudo se configura em um recorte do projeto intitulado “Práticas alimentares em crianças menores de um ano”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa, Cuidando da criança e família do Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Conforme normas estabelecidas por este Programa, neste capítulo há a descrição detalhada do método adotado nos dois artigos científicos, resultados desta dissertação: Revisão Integrativa da Literatura e Artigo Original.

4.1 Primeiro Artigo: Intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos: revisão integrativa

Revisão integrativa, método que incorpora o conhecimento atual desenvolvido mediante diferentes metodologias sobre um tema específico, por meio da análise e síntese sistemática e rigorosa de dados primários ¹⁴⁰⁻¹⁴¹. Para sua construção, seguiram-se as seguintes etapas: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) seleção de critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; (3) coleta de dados e categorização dos estudos; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação e discussão dos resultados; (6) apresentação da revisão integrativa ^{140, 142}.

4.1.1 Elaboração da pergunta norteadora

A pergunta norteadora do estudo foi construída a partir da estratégia PICO, normalmente utilizada para estudos de intervenção e que pode contribuir na elaboração da pergunta norteadora de estudos de revisão integrativa que investiguem estudos de intervenção ¹⁴²⁻¹⁴³. Foram considerados: P - população: crianças menores de dois anos; I – intervenção/variável independente: intervenções educativas; C – comparação/variável dependente: promoção da alimentação saudável; O – resultados: alimentação saudável. Assim, foi elaborada a pergunta norteadora: quais as intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em crianças menores de dois anos?

4.1.2 Seleção dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados em português, inglês e espanhol a partir do ano de 2002, disponíveis nas bases de dados selecionadas; com nível de evidência II - ensaios clínicos controlados randomizados e não randomizados e que respondessem a questão norteadora ¹⁴³⁻¹⁴⁴. O intervalo de tempo das publicações foi delimitado considerando o lançamento no Brasil, no ano de 2002, do primeiro manual Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos ⁶². Definiu-se como intervenção educativa o processo de ensino que envolve o compartilhamento de informações e experiências para auxiliar a mudança de comportamentos relacionados à saúde, com o objetivo de otimizá-los e promover o autocuidado por meio da utilização de métodos e materiais específicos ^{32, 145}.

Os artigos de revisão narrativa, integrativa e sistemática, estudos piloto, editoriais, cartas ao editor, resumos de pesquisas, artigos de publicações isentas de caráter científico ¹⁴⁶ foram excluídos.

Para realizar a busca na literatura, foram selecionadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e SCOPUS. O levantamento das publicações ocorreu entre primeiro de outubro e 30 de novembro de 2014, utilizando a combinação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) controlados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e do Medical Subject Heading (MESH): *intervention study*, *health education*, *infant food* e *weaning*. Foi realizado o primeiro cruzamento utilizando o booleano *and*: *intervention study and health education and infant food*. O cruzamento seguinte consistiu dos quatro descritores juntos: *intervention study and health education and infant food and weaning*.

O cruzamento dos três descritores controlados *intervention study and health education and infant food* na LILACS, CINAHL e SCOPUS identificou 120, 15 e 438 estudos, respectivamente. Ao utilizar os quatro descritores *intervention study and health education and infant food and weaning* foram encontrados apenas dois estudos na CINAHL e 62 na SCOPUS (Figura 1).

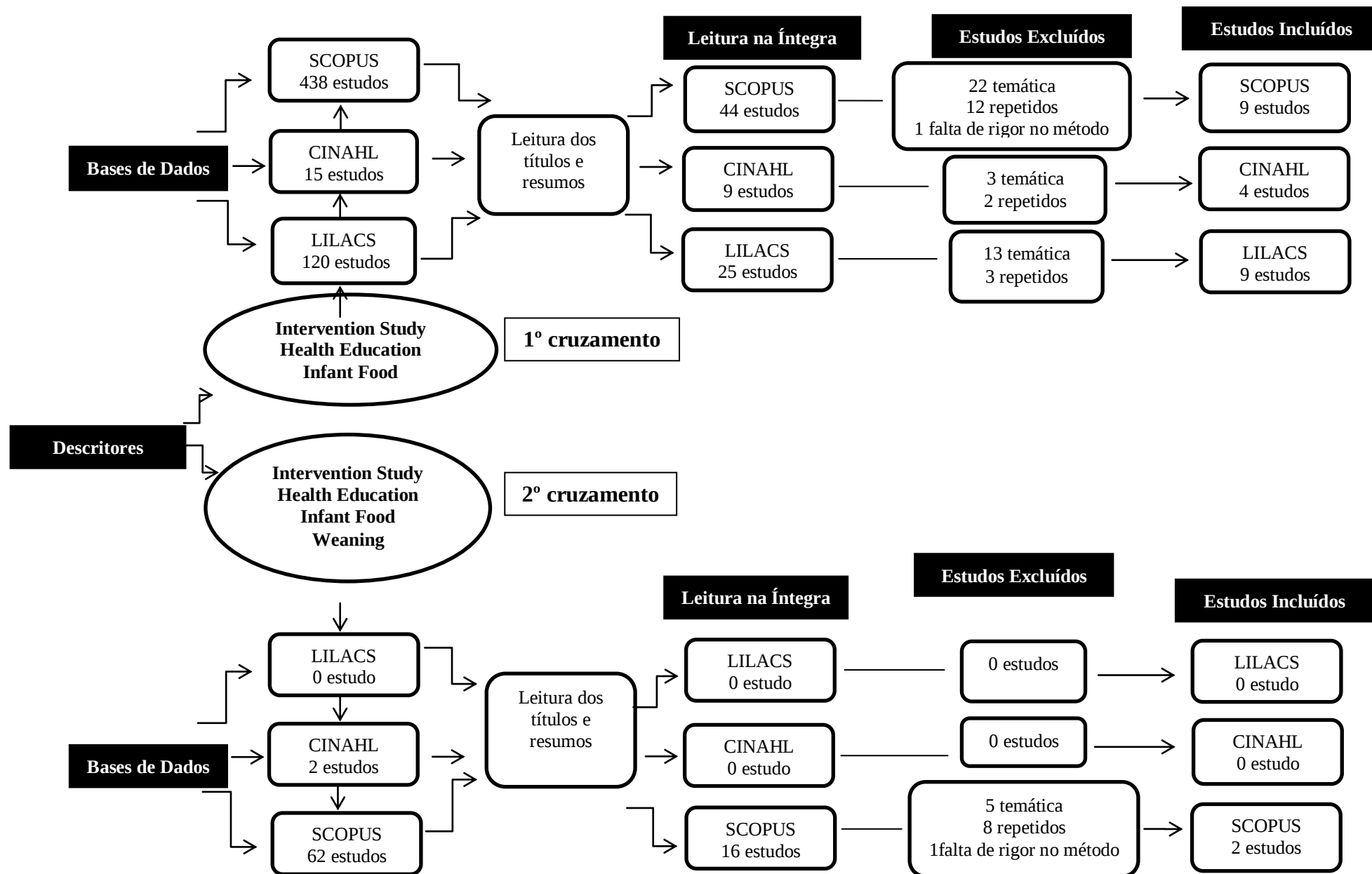


Figura 1 – Resultados da busca de artigos nas bases de dados, Recife, PE, Brasil, 2016.

Após os cruzamentos foram lidos todos os títulos disponíveis nas bases de dados. Nas publicações que possuíam alguma palavra que estivesse associada ao objetivo desta revisão integrativa, foram lidos também os resumos. No total, após o levantamento nas três bases de dados e aplicação dos critérios de seleção, inclusão e exclusão foram selecionadas 94 publicações para análise na íntegra. Foram excluídos 43 estudos que não abordavam intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos. Encontravam-se repetidos nas bases de dados 25 estudos. Após a leitura e análise do rigor metodológico, 2 estudos foram excluídos, finalizando a amostra com 24 artigos que responderam ao objetivo desse estudo.

4.1.3 Coleta de dados e categorização dos estudos

Para coleta e análise dos dados foi utilizado o instrumento adaptado de Ursi, contendo: título do artigo e do periódico, autor, ano de publicação, objetivo, metodologia, participantes, intervenção, principais resultados e conclusão ¹⁴⁴.

O nível de evidência científica dos estudos foi avaliado utilizando a classificação com sete níveis: 1- revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e não randomizados; 2- ensaios clínicos randomizados e não randomizados; 3- revisão sistemática de estudos de correlação/observação; 4- estudos de correlação/observação; 5- revisão sistemática de estudos descritivos/qualitativos/fisiológicos; 6- estudo descritivos/qualitativos/fisiológicos; 7- opiniões de autoridades, comitês de especialistas ¹⁴¹. Os estudos selecionados da revisão integrativa deveriam ser classificados apenas no nível 2, devido ao objetivo de investigar a contribuição de intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos.

4.1.4 Análise crítica dos estudos incluídos

Na análise do rigor metodológico das publicações foi utilizado o instrumento do Critical Appraisal Skills Programme (CASP), que é composto por 10 itens pontuáveis que abordam o desenho do estudo, adequação metodológica à questão de estudo, justificativa, critérios de seleção da amostra, detalhamento da coleta de dados, relação entre o pesquisador e os participantes do estudo, considerações éticas, rigor na análise de dados, apresentação e discussão dos resultados e importância da pesquisa ¹⁴⁷.

A classificação dos estudos é obtida por meio da aplicação do instrumento, sendo dividida em A (06 a 10 pontos) que são estudos de boa qualidade e viés reduzido e B (mínimo de 5 pontos) que correspondem a estudos de qualidade metodológica satisfatória e potencial de viés aumentado ¹⁴⁷. Entre os estudos analisados, dois obtiveram classificação B e foram excluídos pelo rigor metodológico.

4.1.5 Interpretação e discussão dos resultados

Para interpretação e discussão dos resultados, os temas abordados nas intervenções educativas foram categorizados de acordo com as recomendações do manual Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos: um Guia para o Profissional de Saúde da Atenção Básica ⁶².

4.2 Segundo Artigo: Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação saudável no primeiro ano de vida

4.2.1 Tipo do estudo

Estudo transversal e analítico, caracterizado pela observação simultânea de causa e efeito no intervalo de tempo analisado ¹⁴⁸⁻¹⁴⁹. Neste estudo foram investigados os fatores associados à prática materna na alimentação de crianças no primeiro ano de vida, de acordo com as recomendações dos dez passos para alimentação saudável.

Estudos transversais possuem delineamento simples, rápido e de baixo custo ¹⁵⁰. Abordam populações bem definidas e que apresentam um elemento em comum, proporcionando o reconhecimento de subgrupos com maior vulnerabilidade a um determinado problema ¹⁵¹. Seu principal objetivo é descrever e verificar associação entre variáveis preditoras, seus desfechos e seus padrões de distribuição ¹⁵².

4.2.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) IV da cidade do Recife-PE.

O município do Recife é o núcleo da Região Metropolitana, e concentra as principais atividades produtivas e de serviços do Estado de Pernambuco. Seu território está dividido em 94 bairros, subdivididos em seis Regiões Político Administrativas (RPA), que no setor saúde, correspondem aos DS, organizados conforme sua proximidade territorial e criadas para auxiliar na formulação, execução e avaliação permanente das políticas e do planejamento governamental ¹⁵³ (Figura 2).

Figura 2 – Mapa dos Distritos Sanitários da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016.



Fonte: Recife, 2014

A rede básica de saúde do município é composta por 122 Unidades Básicas de Saúde, 03 UPINHAS/USF, 20 Núcleos de Saúde da Família, 268 Equipes de Saúde da Família (EqSF), 28 Equipes de Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, 22 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde, dentre outros ¹⁵⁴.

O DS IV corresponde aos bairros do Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea, os quais estão subdivididos por proximidade territorial em três microrregiões (Quadro 1) ¹⁵⁴. A

assistência à saúde da população deste DS é garantida por 40 ESF, que desenvolvem suas atividades em 20 Unidades Básicas de Saúde da Família ¹⁵⁴.

Quadro 1 – Microrregiões do Distrito Sanitário IV, Recife, PE, Brasil, 2016.

Microrregiões do Distrito Sanitário IV	Bairros	Equipes de Saúde da Família
M 01	Cordeiro Ilha do Retiro Iputinga Madalena Prado Torre Zumbi	Casarão do Cordeiro Santa Luzia I Santa Luzia II Santa Luzia III Caranguejo I Caranguejo II Sítio do Cardoso Mangueira da Torre Skylab I Skylab II Abençoada por Deus Vila União Vila União Barbalho Vila União Santa Marta Vila União Airton Sena
M 02	Engenho do Meio Torrões	Engenho do Meio I Engenho do Meio II Sítio das Palmeiras I Sítio das Palmeiras II Roda de Fogo Sinos Roda de Fogo Cosirof I Roda de Fogo Cosirof II Roda de Fogo Macaé Vietnã I Vietnã II
M 03	Caxangá Cidade Universitária Várzea	Brasilit I Brasilit II Campo do Banco I Campo do Banco II Sítio Wanderley I Sítio Wanderley II Sítio Wanderley III Barreiras Jardim Teresópolis Jardim Teresópolis de cima Jardim Teresópolis de baixo Brega e Chique Rosa Selvagem I Rosa Selvagem II Cosme e Damião

Fonte: Recife, 2014.

4.2.3 População e amostra

A população foi composta pelas crianças de 12 a 23 meses e 29 dias cadastradas na ESF no ano de 2015. Essa faixa etária foi delimitada no intuito de que as mães pudessem rememorar a vivência da introdução da alimentação complementar durante o primeiro ano de vida mais facilmente, minimizando o viés de recordação.

Para o cálculo amostral foi considerado o número de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DS IV, da cidade do Recife no mês de setembro de 2014 (N=1.291). Para estimar a proporção esperada de inadequação alimentar foi utilizada a prevalência de introdução alimentar precoce (prática inadequada de alimentação infantil) de 90% obtida em estudo realizado com crianças assistidas pela Estratégia de Saúde da Família de Vitória de Santo Antão, município circunvizinho a cidade do Recife ¹⁵⁵, erro máximo de 5% e nível de confiança de 95%.

Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para estudo de proporção em população finita ¹⁵⁶, dada por:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2(N-1) + z^2pq}$$

Em que:

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção esperada de inadequação alimentar em Estratégias de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão (p = 0,90) ¹⁵⁵;

q = proporção esperada de inadequação alimentar em Estratégias de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão (q = 1 – p = 0,10);

d = erro amostral (d = 0,05);

N = Número total de crianças com idade de 12 a 23 meses e 29 dias, cadastradas na ESF do Distrito Sanitário IV da Cidade do Recife no mês de setembro de 2014 (N = 1.291).

O tamanho amostral resultante foi de 125. Considerando perdas de 20% e os arredondamentos para garantir a representatividade por microrregião, o tamanho da amostra final foi 151 crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

4.2.4 Amostragem

A seleção da amostra foi realizada em três etapas. Na primeira etapa foi aplicado um plano amostral estratificado, por microrregião de saúde, proporcional ao número de crianças cadastradas nas EqSF da respectiva microrregião. O número de crianças necessárias para compor a amostra em cada microrregião pode ser verificado no quadro 2.

Quadro 2: Plano amostral para seleção de crianças por microrregião de saúde do Distrito Sanitário IV, Recife, PE, Brasil, 2016.

Microrregião de Saúde do DS IV	Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias cadastradas nas ESF	Total de crianças selecionadas
M 01	461	54
M 02	345	41
M 03	485	56
Total	1.291	151

Na segunda etapa foi aplicado um plano amostral aleatório simples para sortear progressivamente o número de UBS necessárias até atingir o total de crianças para cada microrregião. Na microrregião 01 foram sorteadas 6 UBS. Na segunda foi selecionada uma amostra de todas as EqSF devido a menor quantidade de crianças cadastradas. Na microrregião 03 foram sorteadas 4 UBS. Um membro da equipe da pesquisa foi em cada UBS para apresentar o projeto aos profissionais da equipe de saúde da família durante a reunião semanal da unidade e solicitou a lista de crianças cadastradas para sortear as que participariam do estudo. Na terceira etapa foi aplicado um plano amostral aleatório simples para sortear as crianças de 12 a 23 meses e 29 dias de cada UBS que participariam em cada microrregião. Nos casos em que as crianças sorteadas não foram encontradas no domicílio ou que mudaram da área adscrita da unidade, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) indicou outro participante na mesma faixa etária de sua área adscrita para participar do estudo.

As visitas aos domicílios das crianças sorteadas foram realizadas na companhia de um ACS para o preenchimento dos instrumentos da pesquisa. Nos casos em que eram sorteadas mais de uma criança menor de dois anos em um único domicílio, a criança de menor idade era escolhida para minimizar viés de recordação¹⁵⁷, e outra criança era sorteada em outro

domicílio em substituição à excluída. Neste estudo não houve perdas amostrais, finalizando a amostra com 151 crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

4.2.4.1 Critério de inclusão

Fizeram parte do estudo crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, cadastradas nas UBS sorteadas do DS IV.

4.2.4.2 Critérios de exclusão

Crianças cujas genitoras ou responsáveis apresentassem dificuldades na compreensão das questões contidas nos instrumentos do estudo, mesmo após a explicação dos entrevistadores que inviabilizassem a coleta de dados.

4.2.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para coleta de dados do projeto mestre, no qual se insere esse estudo, foi construído e estruturado em dois formulários. O formulário I (APÊNDICE A) continha variáveis socioeconômicas, habitacionais, maternas, de saúde da criança, alimentação atual, assistência, orientação e estratégias educativas. O formulário II (APÊNDICE B) foi construído para identificar as etapas da introdução da alimentação complementar em crianças menores de dois anos a partir do Manual Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos⁶². O mesmo está subdividido em dez tópicos, de modo que contemple todos os passos sugeridos pelo referido manual, acrescido de um recordatório alimentar infantil de 24 horas.

O formulário II construído para atender as necessidades do projeto mestre foi submetido a um processo de validação para assegurar sua validade na medição daquilo a que ele se propõe. A validade de instrumentos se inicia na sua construção e vai até a interpretação dos resultados¹⁵⁸, sendo sua avaliação garantida por meio de métodos como validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade de constructo¹⁵⁹. O formulário II foi submetido apenas a validação de conteúdo com especialistas na temática da alimentação infantil.

Os especialistas foram identificados, inicialmente, por consultoria com docentes do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Instituição pública de Ensino Superior, que sugeriram estudiosos na temática da alimentação infantil, iniciando a amostragem do tipo

Bola de Neve ¹⁶⁰. Os convidados indicavam outros profissionais com experiência no tema. A Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) foi utilizada para seleção de juízes para verificar o atendimento aos critérios de classificação de Fehring ¹⁶¹, adaptado por Joventino ¹⁶², com pontuação mínima de cinco pontos (Quadro 3).

Quadro 3: Critérios para seleção de especialistas, Recife, PE, Brasil, 2016.

Critérios	Pontuação
Ser doutor	4
Possuir tese na área de saúde da criança	2
Ser mestre	3
Possuir dissertação na área de saúde da criança	2
Possuir artigo publicado em periódico indexado na área de saúde da criança	1
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 2 anos na puericultura	2
Ser especialista em saúde da criança	2

O contato com os especialistas foi realizado via e-mail, no qual foram enviados os seguintes documentos: Carta convite aos especialistas para participação no estudo (APÊNDICE C); Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D); formulário relacionado à experiência profissional (APÊNDICE E) e o formulário II para validação de conteúdo (APÊNDICE F). Os instrumentos foram enviados para os especialistas entre os meses junho e julho, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.

Foram convidados 30 juízes para participar do processo de validação do Formulário II. Três especialistas recusaram o convite, 17 não responderam a solicitação e, dentre os dez juízes que aceitaram participar da validação, dois foram excluídos devido ao preenchimento incompleto dos formulários enviados. A amostra final foi de oito especialistas, número suficiente de acordo com a recomendação mínima de seis juízes para esse tipo de validação

¹⁶³.

Cada item do formulário II foi avaliado em relação a clareza, considerando a adequação de sua linguagem à população participante do estudo. Na associação à prática alimentar adequada foi analisado se os itens de cada passo mensuravam bem esse conceito. A relação de cada item do questionário com o passo correspondente também foi avaliada. Por último, os juízes avaliaram se a presença no formulário dos itens para cada passo era

relevante. As respostas estavam dispostas no instrumento em “sim” ou “não” de acordo com o julgamento dos especialistas, contendo também um espaço para sugestões. Nesse processo foi selecionada como parâmetro a concordância mínima de 70% ¹⁶⁴ para os itens clareza, associação à prática alimentar adequada e relação do item com o passo. Para avaliar a relevância do item, foi considerada a concordância mínima de 80% ¹⁶⁵ (Tabela 1).

As sugestões foram avaliadas e aquelas voltadas a facilitar o entendimento dos entrevistados foram acatadas, especialmente em relação ao Passo 3, que apresentou concordância de 68,8% para avaliação da relação dos itens com o passo correspondente.

4.2.6 Definição de Variáveis

➤ Variável Dependente:

- Prática alimentar inadequada avaliada a partir de escores do cumprimento dos dez passos para uma alimentação saudável⁶² e analisada de forma contínua:

-Passo 1: Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;

-Passo 2: Ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade;

-Passo 3: Ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno;

-Passo 4: A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;

-Passo 5: A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar a alimentação da família;

-Passo 6: Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;

-Passo 7: Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes durante as refeições;

-Passo 8: Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;

-Passo 9: Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;

-Passo 10: Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

➤ Variáveis independentes:

- Fatores Sociodemográficos

- Escolaridade Materna (categorizada em ≤ 9 / > 9 anos de estudo);

- Trabalho materno remunerado fora do domicílio (sim / não);

- Auxílio no cuidado do filho menor de dois anos quando a genitora trabalha fora do lar (rede primária: marido / mãe / avó / sogra; rede secundária: cuidador /creche);

- Renda familiar (categorizada em < 1 salário / ≥ 1 salário mínimo). O valor do salário mínimo vigente no ano de 2015, no valor de R\$ 788,00;

- Bens de consumo (geladeira / rádio / TV / computador /máquina de lavar roupa / automóvel / tanquinho / moto / fogão);

Para representar a condição econômica foi criado um índice composto pelos bens de consumos disponíveis no domicílio, adaptado do modelo proposto por Issler e Giugliani ¹⁶⁶. Os itens tiveram a seguinte pontuação: televisão (4), fogão (2), geladeira (8), rádio (1), máquina de lavar/tanquinho (8), automóvel/moto (8), computador (8). Na síntese do quantitativo de pontos dos bens de consumo, foi estabelecida uma escala baseada na soma total, na qual para 15 ou mais pontos atribuiu-se o valor 4; entre 10 a 14 pontos atribuiu-se o valor 3; já para soma de 4 a 9 pontos considerou-se o valor 2; e, de 1 a 3 pontos, 1 ponto¹⁶³. Considerando a frequência apresentada pela variável que variou de 6 a 8 pontos, o valor final do índice foi categorizado em: até 6 (pior situação), 7 (intermediária) e 8 (melhor situação).

- Habitação

- Presença de companheiro no domicílio (sim / não);

- Tipo de Moradia (casa / apartamento / cômodo);

- Regime de ocupação da moradia (própria / alugada / cedida);

- Saneamento

- Abastecimento de água (ligada à rede / poço ou nascente / cisterna / cacimba);
- Destino dos dejetos (rede geral / fossa com tampa / fossa rudimentar / cursos d'água / céu aberto);
- Tratamento da água de beber (fervida / filtrada / mineral / coada / sem tratamento);
- Destino do lixo (coletado / enterrado / queimado / terreno baldio / depositado em caçamba para coleta);

O índice ambiental foi construído baseado na adaptação feita por Oliveira et al.¹⁶⁷ ao modelo de Issler e Giugliani¹⁶⁶, para representação das condições ambientais do domicílio e peridomicílio. Na construção desse índice foram utilizadas as seguintes variáveis: destino dos dejetos: rede geral ou fossa com tampa (1) e fossa rudimentar, cursos d'água e céu aberto (0); destino do lixo: coleta pública ou queimado (1) e descarta em área aberta, córrego ou rio (0); abastecimento de água: adequado, originário da rede geral (1), inadequado, não originário da rede (0); tratamento da água de beber: filtrada, fervida, mineral (1) e coada, sem tratamento (0); regime de ocupação da moradia: próprio (1) e cedido, alugado, invasão (0). As variáveis foram codificadas de modo que a condição mais desfavorável recebeu valor 0 e a mais favorável recebeu 5 pontos. A soma desses valores foi categorizada considerando que a pior situação ambiental encontrada somou 3 pontos (desfavorável); a intermediária, 4 pontos (parcialmente favorável); e a melhor situação ambiental do domicílio, 5 pontos (favorável).

- Dados maternos e da gestação

- Número de consultas pré-natal (categorizada em < 6 / ≥ 6 consultas);
- Amamentação do último filho (sim / não);
- Orientação sobre aleitamento materno no pré-natal (sim / não);

- Dados da Criança

- Sexo (masculino / feminino);
- Idade atual (em anos e meses);
- Peso ao nascer (em gramas);

- Assistência em Saúde

- ✓ Assistência

- Número de consultas de puericultura (categorizada em $< 7 / \geq 7$ consultas);

- Local da consulta de puericultura (UBS / particular / hospital);

- ✓ Orientações

- Investigação sobre conhecimentos prévios em alimentação complementar (sim / não);

- Adesão às orientações fornecidas sobre alimentação complementar na puericultura (sim / não);

- ✓ Estratégias Educativas

- Estratégia utilizada na orientação (orientações individualizadas / palestras);

- Esclarecimento de dúvidas sobre alimentação complementar (sim / não);

- Ferramenta educativa utilizada na orientação (tecnologia impressa- cartilha, álbum, folheto/vídeo/orientação verbal).

- Alimentação Atual da Criança

- Número de refeições oferecidas no dia anterior;

- Alimentos oferecidos nos lanches da criança (grupos alimentares);

- Alimentos oferecidos no almoço da criança (grupos alimentares);

- Alimentos oferecidos no jantar da criança (grupos alimentares);

4.2.7 Operacionalização da coleta dos dados

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob parecer 1.052.807 (ANEXO B) entre os meses de julho e setembro de 2015. Foi solicitada a autorização da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife para realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde por meio da Carta de Anuência (ANEXO C).

A técnica de coleta de dados escolhida foi a entrevista, devido a facilidade e rapidez na aplicação de instrumentos de pesquisa. As entrevistas com mães/cuidadores de crianças de

12 a 23 meses e 29 dias nos domicílios foram realizadas por uma equipe de entrevistadores previamente capacitados, composta por uma mestranda e três alunos do curso de Graduação em Enfermagem da UFPE. Para a capacitação foram elaborados os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) com o objetivo de sistematizar a coleta de dados. Na primeira reunião, cada membro da equipe recebeu um material no qual constava o POP do Formulário I (Apêndice H) e o POP Formulário II (Apêndice I). Nesse momento foram apresentados os conceitos, objetivos, a operacionalização e coleta de dados do estudo. No segundo encontro foram realizadas as simulações de entrevistas entre os membros da equipe para utilização dos formulários. Os alunos da graduação foram selecionados de acordo com sua participação no grupo de pesquisa cadastrado no CNPq “Cuidando da criança e família” e deveriam ser orientados por docentes participantes da equipe de pesquisa. As visitas para coleta de dados foram realizadas pela mestranda acompanhada por um aluno da graduação.

A coleta de dados foi iniciada após contato e apresentação do estudo para as enfermeiras responsáveis e demais profissionais participantes das equipes de saúde da família durante a reunião semanal das UBS, para conhecimento e sensibilização quanto à importância na realização da pesquisa. Após a apresentação, foi solicitado o número de crianças cadastradas e elegíveis para participar do estudo de cada UBS, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, para posterior sorteio daquelas que participariam da amostra.

O passo seguinte consistiu no agendamento prévio, realizado por meio de visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde, de acordo com a disponibilidade das mães ou responsáveis do dia, hora e local mais conveniente para entrevista. O convite para participação no estudo foi realizado no dia escolhido pelo participante, por meio da apresentação dos objetivos do estudo. Nos casos em que a criança encontrava-se ausente no domicílio em até duas visitas, outro participante com a mesma idade foi indicado pelo ACS. No momento da entrevista foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE J) e preenchimento dos instrumentos da pesquisa por meio de entrevistas.

Nas situações em que o ACS responsável pela área adscrita onde foram aplicados os formulários estava de férias ou era uma área descoberta de modo que a mestranda não tivesse sua companhia para visita domiciliar e aplicação dos formulários, uma nova área adscrita da equipe de saúde para realização da coleta de dados foi sorteada.

4.2.8 Análise dos Dados

O banco de dados foi digitado com dupla entrada no programa Epi Info versão 3.5.4 para Windows. Após a validação da digitação, o banco foi exportado para o programa IBM *Statistical Package for the Social Scienses* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 18.0 para análise estatística.

Inicialmente foi realizada análise descritiva para caracterização das variáveis independentes socioeconômicas, habitacionais, de saneamento, maternas, alimentação, assistência, orientação e estratégias educativas por meio de mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana das variáveis contínuas e das frequências relativas das variáveis categóricas.

Para avaliar a prática alimentar adequada das crianças de 12 a 23 meses e 29 dias foi construído um escore a partir das respostas dos 10 passos, considerando o ponto principal de cada passo. Nas recomendações que se repetem em mais de um passo, foram registradas em apenas uma delas. Assim, a descrição de cada passo foi realizada considerando sua principal recomendação:

Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses.

Passo 2 – Introduzir alimentos complementares a partir do 6º mês.

Passo 3 – Dar alimentos complementares 3 vezes ao dia se a criança receber leite materno e 5 vezes se estiver desmamada.

Passo 4 – Oferecer alimentação complementar de acordo com os horários das refeições da família.

Passo 5 – Oferecer alimentação complementar de consistência pastosa desde o início da alimentação aumentando gradativamente a consistência até a alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer alimentação variada.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 – Evitar o consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas.

Passo 9 – Cuidar da higiene e conservação dos alimentos.

Passo 10 – Oferecer à criança doente alimentos habituais e preferidos.

Para avaliação da diversidade alimentar, definida no Passo 6, foi construído um recordatório de 24 horas, contendo questões referentes a quantidade e conteúdo das refeições oferecidas à criança no dia anterior a entrevista. Como o instrumento de pesquisa foi direcionado a alimentação infantil ao longo do primeiro ano de vida e a faixa etária estudada

foi de 12 a 23 meses e 29 dias, as mães/cuidadores poderiam não informar uma descrição fidedigna acerca da qualidade das refeições. Para reduzir o viés de recordação ¹⁵⁷ e considerando o padrão alimentar da criança no segundo ano de vida semelhante e contínuo ao do primeiro ano, optou-se por investigar a diversidade alimentar com recordatório de 24 horas.

Os passos foram analisados por meio da criação de um escore de prática alimentar adequada, construído com base na principal recomendação de cada um dos dez passos. O valor do escore foi baseado no somatório de cada passo, cuja pontuação constituiu dez pontos, atribuindo-se 100 pontos para aquelas mães ou cuidadores que realizassem corretamente os Dez Passos para alimentação saudável em menores de dois anos preconizados pelo MS ⁶².

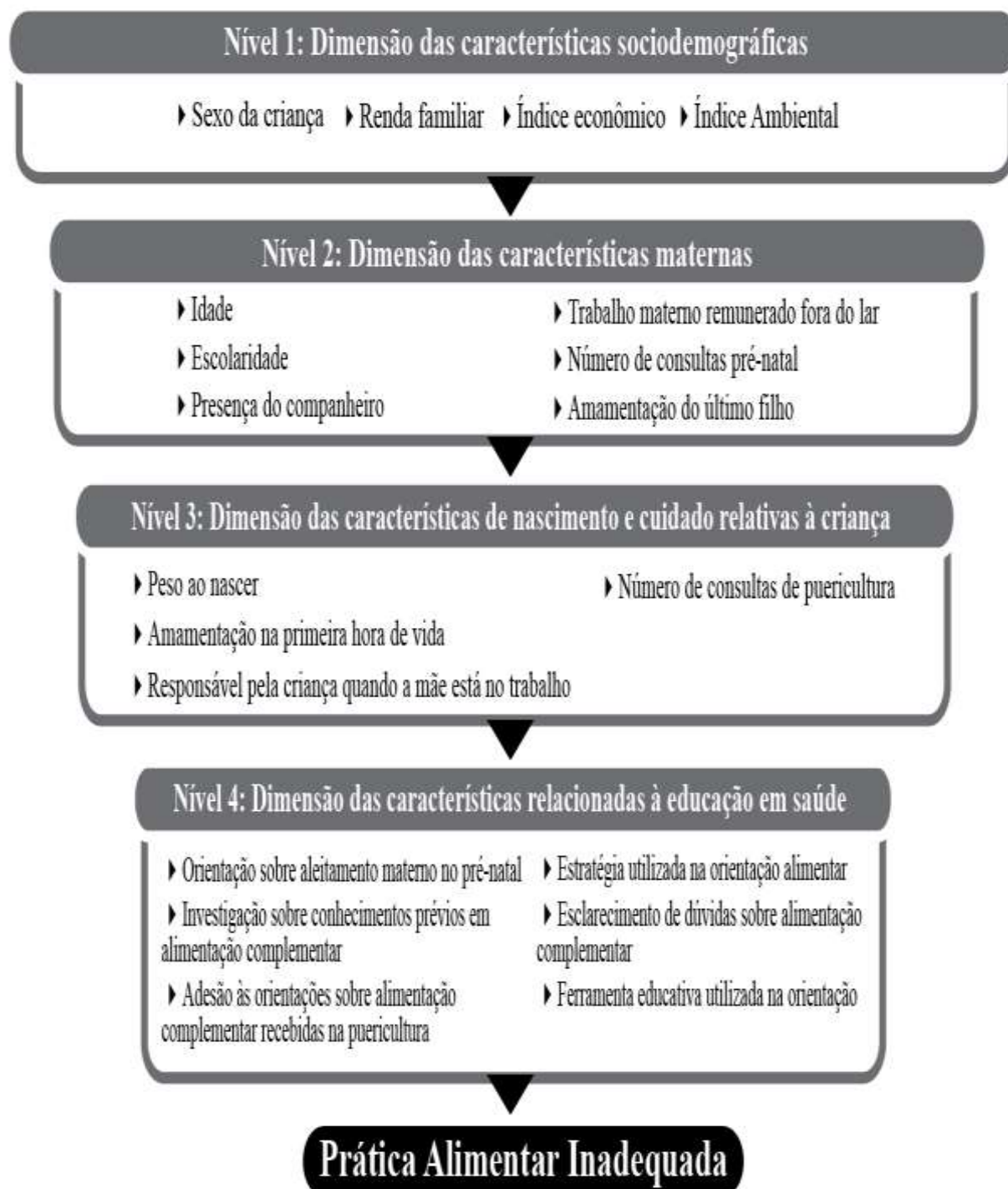
A normalidade das variáveis foi testada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, utilizando-se significância de 5%. Como ficou comprovada a distribuição não normal das variáveis, optou-se por analisar os dados pela mediana dos escores da prática alimentar adequada, construída com base no cumprimento dos Dez Passos. Posteriormente a prática alimentar foi categorizada em dois grupos, igual ou acima da mediana (adequada) ou menor que a mediana (inadequada) dos escores de cumprimento dos dez passos, sendo considerada como variável dependente.

Para investigar a associação entre o escore de cumprimento dos Dez Passos e as variáveis independentes foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher quando os valores esperados não satisfaziam pressupostos da utilização do qui-quadrado, ambos considerando significância estatística de 0,05%. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para análise múltipla ¹⁶⁸⁻¹⁶⁹.

Na análise múltipla as variáveis foram agrupadas de acordo com um modelo conceitual hierárquico adaptado do proposto por Schincaglia e colaboradores¹³⁰, organizado em quatro níveis para investigar a magnitude de associação das variáveis com o desfecho (Figura 3). O primeiro nível correspondeu as variáveis sociodemográficas, compostas por sexo da criança, renda familiar, índice demográfico e índice ambiental. O segundo foi representado pelas variáveis relacionadas à mãe, como idade, escolaridade, trabalho remunerado fora do lar, presença do companheiro, número de consultas pré-natal e amamentação do último filho. O terceiro nível relacionou-se as variáveis referentes à criança, como peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, responsável pela criança quando a mãe está no trabalho e número de consultas de puericultura. No quarto nível encontravam-se as variáveis relativas à educação em saúde como orientação sobre aleitamento no pré-natal,

investigação sobre conhecimentos prévios em alimentação complementar, adesão as orientações sobre alimentação realizadas na consulta de puericultura, estratégia utilizada na orientação alimentar, esclarecimento de dúvidas sobre alimentação complementar e ferramenta educativa utilizada na orientação.

Figura 3 – Modelo hierárquico causal da prática inadequada da alimentação infantil. Recife, PE, Brasil, 2016.



O modelo de Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado para investigar a influência das variáveis independentes na determinação da Prática Alimentar Inadequada, definida pelos menores escores de cumprimento dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável. Foi utilizado o método *backward*. Nenhuma variável do primeiro nível foi incluída no modelo. Inicialmente foram acrescentadas ao modelo as variáveis do segundo nível, sendo progressivamente excluídas aquelas com maior valor de p , até que todas as variáveis que apresentassem $p < 0,20$ permanecessem no modelo. Em seguida foram incluídas as variáveis do terceiro nível e posteriormente do quarto nível, procedendo-se a exclusão das variáveis segundo o mesmo critério. As variáveis com $p < 0,05$ em cada nível foram consideradas significantes. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald, estimando-se as razões de prevalência ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança.

4.2.9 Considerações Éticas - Riscos e Benefícios

Esta pesquisa foi norteadada pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde ¹⁷⁰. De acordo com esta Resolução, foram respeitados os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes do estudo, obedecidos os preceitos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer 1.052.807 (ANEXO B), os dados foram coletados.

No primeiro contato com as mães/responsáveis de crianças menores de um ano foi realizado por meio de convite seguido do agendamento conforme conveniência da mãe/cuidador para participarem da pesquisa, sobre o direito de participar livremente e abandoná-la a qualquer momento, sem acarretar dano à sua integridade e a assistência à saúde de sua criança (autonomia).

Na leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE J), a pesquisadora se colocou a disposição para responder os questionamentos das mães/responsáveis, pelo sigilo das informações concedidas a partir da codificação da identidade das participantes (não maleficência).

Para mães ou cuidadores adolescentes e solteiras foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE K) pelo participante e do TCLE pelo seu responsável legalmente (APÊNDICE L). Os dois instrumentos continham informações referentes ao estudo e foram ser assinados pela pesquisadora e participantes.

Para mães ou cuidadores adolescentes menores de 18 anos emancipadas por concessão dos pais, casadas, em exercício de emprego público efetivo, concluintes de curso de ensino superior ou que possuam estabelecimento civil ou comercial próprio ¹⁷¹ foi solicitada assinatura do TCLE.

Os benefícios gerados pelo estudo estiveram relacionados ao diagnóstico das práticas alimentares em crianças menores de um ano, possibilitando identificar os fatores que levaram ao desmame e introdução precoce de alimentos complementares na dieta da criança, fornecendo subsídios para o planejamento de intervenções, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança no DS IV (beneficência). Como benefício direto, após o término da entrevista, foram esclarecidas as dúvidas das mães/cuidadores em relação a temática.

Os riscos associados ao constrangimento decorrente da participação no estudo e realização de entrevista foram minimizados pelo agendamento prévio do contato da equipe de pesquisa com os participantes pelos ACS, bem como a aplicação dos formulários em local de escolha das mães/cuidadores.

O TCLE foi emitido em duas vias (uma para pesquisadora e outra para a participante do estudo), constando as assinaturas da pesquisadora e das mães/responsáveis do estudo, servindo de documento-base para quaisquer questionamentos ético-legais (justiça).

5 RESULTADOS

Os resultados da dissertação serão apresentados no formato de dois artigos científicos, sendo uma Revisão Integrativa da Literatura e um Artigo Original, respectivamente.

5.1 Artigo de Revisão Integrativa: Intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos: revisão integrativa

Resumo

Revisão integrativa da literatura que objetivou investigar intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em crianças menores de dois anos. A busca dos artigos foi realizada utilizando-se os descritores *intervention study*, *health education*, *infant food* e *weaning*. Foram incluídos artigos publicados entre 2002 e 2014 indexados na LILACS, CINAHL e SCOPUS, que avaliaram intervenções educativas sobre alimentação infantil saudável para menores de dois anos, publicados em português, inglês e espanhol. A amostra foi constituída de 24 publicações, que evidenciavam a orientação verbal como principal estratégia educativa. Recursos audiovisuais, sonoros e portáteis também se mostraram eficazes na promoção da alimentação saudável. As temáticas mais abordadas foram o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e a introdução da alimentação complementar. Intervenções educativas contribuem para o aprendizado de mães e/ou cuidadores sobre alimentação infantil, promovendo o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a introdução correta dos alimentos complementares.

Descritores: Estudos de Intervenção; Educação em Saúde; Alimentos Infantis; Desmame; Revisão Integrativa.

Introdução

A infância é um período de rápido crescimento e desenvolvimento¹. A promoção de uma alimentação saudável e em tempo oportuno para crianças é fundamental para prevenção dos déficits e excessos nutricionais, garantindo não só o crescimento físico, mas também o desenvolvimento ideal nos primeiros anos de vida².

Em crianças menores de dois anos, o perfil de saúde e o estado nutricional estão diretamente relacionados ao consumo alimentar³. Aos seis meses, devido ao alcance da

maturidade neuropsicomotora, gastrointestinal, imunológica e renal, o organismo da criança está apto a receber outros alimentos além do leite materno, o que coincide com o aumento das demandas energéticas e de outros nutrientes⁴. Práticas alimentares inadequadas nesse período estão relacionadas ao aumento na incidência de doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e a carência de micronutrientes³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando o aumento da prevalência do sobrepeso no público infantil, lançou em 2002 o primeiro manual com orientações úteis para a prática dos profissionais de saúde no aconselhamento nutricional sobre a introdução oportuna de alimentos semissólidos e sólidos na dieta infantil para crianças menos de dois anos⁵. No mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) lançou a versão brasileira e adaptada a realidade nacional deste material⁶.

O conhecimento e o acesso às práticas alimentares saudáveis possibilitam as pessoas, famílias e comunidade a autonomia na realização das suas escolhas alimentares, garantindo assim, uma alimentação adequada⁷. Apesar do avanço no conhecimento materno, os índices de desmame precoce ainda são elevados e são muitos os equívocos relacionados ao tempo de introdução, tipos e forma correta de oferecimento de novos alimentos à criança, evidenciando a necessidade de auxílio durante o processo de transição alimentar⁸.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar aptos a orientar as mães ou cuidadores sobre a transição da amamentação exclusiva para a introdução de novos alimentos, devido a complexidade desse período⁶. As necessidades das crianças, mães e famílias devem ser valorizadas e os questionamentos esclarecidos com o objetivo final de garantir uma alimentação complementar saudável⁹. Para oferecer esse aconselhamento nutricional, podem ser utilizados diversos materiais e métodos, como visitas domiciliares, orientação verbal, contato por telefone, softwares e programas educacionais, orientação no ambiente hospitalar, cartazes, panfletos, dentre outros¹⁰⁻¹¹.

Intervenções educativas durante os dois primeiros anos de vida são oportunas para redução dos problemas nutricionais, pois, após esse período, é mais difícil reverter os efeitos da má nutrição e os déficits podem tornar-se permanentes¹². Portanto, o objetivo desta revisão é investigar as intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em crianças menores de dois anos.

Método

Revisão integrativa que seguiu as etapas: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) seleção de critérios de inclusão, exclusão e busca na literatura; (3) coleta de dados e categorização dos estudos; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação e discussão dos resultados; (6) apresentação da revisão¹³.

A pergunta norteadora, elaborada a partir da estratégia PICO (P – população; I – intervenção; C – comparação; O – resultados), normalmente utilizada para estudos de intervenção e que contribui na elaboração da pergunta norteadora de estudos de revisão integrativa que investiguem este tipo de estudo¹⁴, foi: quais as intervenções educativas para promoção da alimentação saudável em crianças menores de dois anos?

Foram incluídos artigos originais publicados em português, inglês e espanhol a partir do ano de 2002 e com nível de evidência II (ensaios clínico randomizados e não randomizados). A delimitação temporal das publicações considerou o lançamento no Brasil, no ano de 2002, do primeiro manual Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos⁶. Definiu-se como intervenção educativa o processo de ensino que envolve o compartilhamento de informações e experiências para auxiliar a mudança de comportamentos relacionados à saúde, com o objetivo de otimizá-los e promover o autocuidado por meio da utilização de métodos e materiais específicos¹⁵.

Os artigos de revisão narrativa, integrativa e sistemática, estudos piloto, editoriais, cartas ao editor, resumos de pesquisas, artigos de publicações isentas de caráter científico¹⁶ foram excluídos.

A busca na literatura foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e SCOPUS. O levantamento das publicações ocorreu em outubro e novembro de 2014, com a combinação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) controlados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e do Medical Subject Heading (MESH): *intervention study*, *health education*, *infant food* e *weaning*.

No primeiro cruzamento ao utilizar o operador booleano *and*: *intervention study* and *health education* and *infant food* na LILACS, CINAHL e SCOPUS foram identificados 120, 15 e 438 estudos, respectivamente. O seguinte consistiu dos quatro descritores: *intervention study* and *health education* and *infant food* and *weaning* e resultou em dois estudos na CINAHL e 62 na SCOPUS (Figura 1).

Após os cruzamentos foram lidos todos os títulos disponíveis nas bases de dados. Nas publicações que possuíam alguma palavra associada ao objetivo desta revisão integrativa, foram lidos os resumos. No total, após o levantamento nas três bases de dados e aplicação dos critérios de seleção, inclusão e exclusão foram selecionadas 94 publicações para análise na íntegra. Foram excluídos 43 estudos por não abordarem intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos. Entre os 51 restantes, 25 estavam repetidos, sendo computados apenas uma vez na primeira base de dados acessada. Após a leitura e análise do rigor metodológico, 2 estudos foram excluídos e 24 artigos responderam ao objetivo da revisão (Figura 1).

Na coleta e análise dos dados foi utilizado o instrumento adaptado de Ursi¹⁷, contendo: título do artigo e do periódico, autor, ano de publicação, objetivo, metodologia, participantes,

intervenção, principais resultados e conclusão. O rigor metodológico das publicações foi analisado segundo o instrumento do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) adaptado por Toledo¹⁸, no qual foram incluídas apenas publicações de nível A (boa qualidade e viés reduzido) (Figura 1).

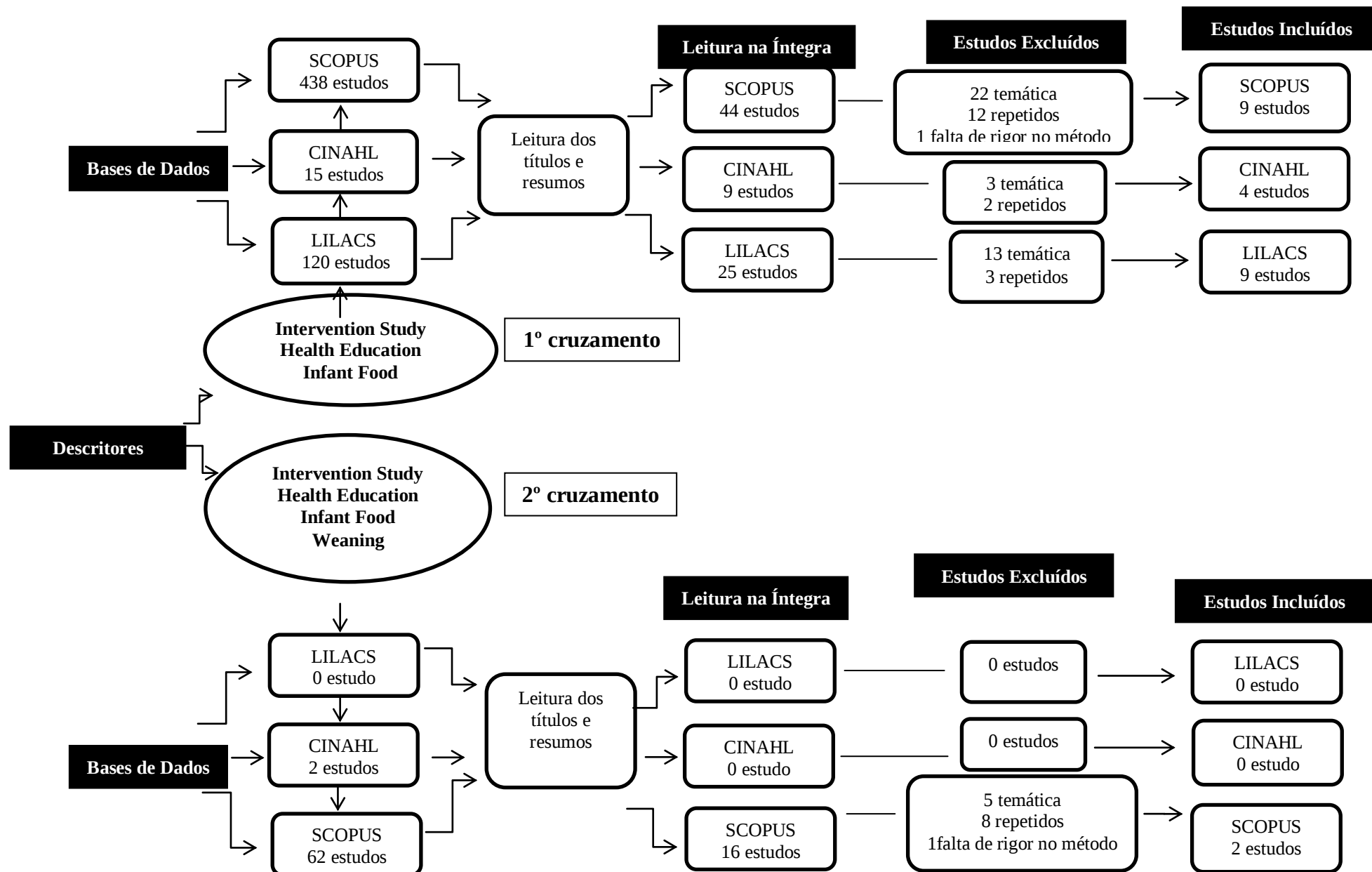


Figura 1 – Resultados da busca de artigos nas bases de dados. Recife, PE, Brasil, 2016.

Para interpretação e discussão dos resultados, os temas abordados nas intervenções educativas foram categorizados de acordo com as recomendações do manual *Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos: um Guia para o Profissional de Saúde da Atenção Básica*⁶. As contribuições das intervenções educativas dos estudos na promoção da alimentação saudável em crianças abaixo de dois anos estão apresentadas de forma descritiva. **Resultados**

Entre os anos de 2004 e 2014 foram selecionadas 24 publicações, sendo a maioria publicada a partir de 2010^{19, 23}, com destaque para o ano de 2012^{24,27,29,34}. Em relação ao idioma, houve predominância de estudos na língua inglesa^{19-22,25-42}. O cenário da maioria dos artigos foi o continente americano, sendo o Brasil o país com o maior número de publicações^{23-24,27,29-30}. Nesta revisão, nenhum estudo em espanhol respondeu ao objetivo proposto.

Nas três bases de dados selecionadas, os artigos analisados foram identificados, em sua maior parte, na SCOPUS (11)^{20,22,27-30,33,36-37,39-40}, seguida da LILACS (9)^{20,21,23-26,34,40,42} e CINAHL (4)^{31-32,35,41}.

Quanto ao delineamento dos estudos, 20 artigos eram experimentais que utilizaram como tecnologias orientações verbais²³⁻⁴¹, visitas domiciliares^{24,29-30,33,37-38}, contato por telefone³¹⁻³², atividades de grupo^{25,39}, CD-Rom⁴², folhetos^{24-25,31,35,39,41} e flip-chart^{27-28,36}. Apenas 4 publicações eram do tipo quase experimental, as quais testavam a eficácia de materiais audiovisuais (Vídeo educativo¹⁹, Website²⁰), sonoros (rádio²¹) e portáteis (SMS²²) na promoção da alimentação saudável em menores de dois anos.

As orientações foram fornecidas por profissionais ou estudantes de Nutrição^{23-30,34,36}, profissionais de enfermagem^{21,25,27,31-33,35}, epidemiologistas³⁷, médicos^{22,38-39}, membros da comunidade^{28,40}, cirurgião-dentista²³, fonoaudiólogo²³, psicólogo²³ e

doulas⁴¹ e três artigos não informaram o autor das orientações^{19-20,42}. Os estudos apresentaram contribuições positivas em relação à prática da alimentação saudável em crianças, exceto a intervenção que testou efeito/efetividade de um website interativo e com ilustrações e informações sobre leite materno e artificial e alimentação infantil, no qual não houve diferença estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos grupos controle e intervenção em relação à amamentação e alimentação complementar²⁰.

A associação de tecnologias educacionais foi a estratégia para realização de intervenções utilizada por 10 publicações nesta revisão^{21,24-28,31,36,39,41}. Essa junção não mostrou resultados positivos na promoção da amamentação e alimentação complementar saudável em apenas 3 estudos^{28,31,36}. A síntese dos estudos selecionados encontra-se descrita no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos selecionados nas bases de dados, Recife, PE, Brasil, 2016.

Autor, Ano, país, amostra	Objetivo	Tecnologia Educacional	Principais resultados
Scheinmann et al. Estados Unidos, 2010 ¹⁹ 272 mães	Avaliar vídeo educativo sobre alimentação infantil entre participantes do Programa de Suplementação Alimentar Especial para Mulheres, Lactentes e Crianças.	Vídeo com duração de 25 minutos, que orientava a alimentação em capítulos direcionados às faixas etárias de 0-6, 6-12, 12-18 e 18-24 meses.	Aumentou 1,7 vezes os escores de conhecimentos sobre alimentação infantil e em 30% a probabilidade de introdução oportuna dos alimentos de acordo com a idade da criança.
Clark et al. Estados Unidos, 2009 ²⁰ 38 cuidadores	Determinar o conhecimento, atitude e prática de cuidadores após observar website de alimentação infantil e a eficácia do material educativo.	Website interativo e educativo sobre AM, fórmulas e alimentação infantil.	Não houve associação estatística nos níveis de conhecimento (p=0,72), atitude (p=0,44) e prática (p=0,92) no GI* em relação à amamentação e alimentação infantil.
Monterrosa et al. México, 2013 ²¹ 425 mães	Investigar a eficácia de estratégia nutricional de comunicação (envio de mensagens via rádio por enfermeiros), na melhoria da alimentação complementar.	Orientações via rádio associadas à visita domiciliar, utilizando cartões ilustrativos, objetos e imãs de geladeira sobre amamentação, tipo e consistência dos alimentos.	Melhor atitude e prática relacionadas à amamentação no GI*. Conhecimento, atitude e prática em relação à consistência dos alimentos e consumo de alimentos de origem animal (frango e peixe) não apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos.
Jiang et al. China, 2014 ²² 582 gestantes	Avaliar o efeito de intervenção com Short Message Service – SMS nas práticas de alimentação infantil.	Mensagem de texto semanal sobre amamentação e alimentação da criança, a partir do terceiro trimestre até 12 meses pós-parto.	Atividade aumentou as chances em 80% do GI* não interromper o AM exclusivo antes dos seis meses. As mães ofereceram menos alimentos sólidos antes dos 4 meses do que as do GC** (OR 0,27 [95%, CI 0,08-0,94]).
Brasileiro et al. Brasil,	Investigar se mães trabalhadoras, participantes de um programa de	Nove sessões individuais, conduzidas por equipe composta por cirurgia-	Mães que não participaram do GI* com orientações sobre amamentação têm 8,84 vezes mais chances de

Continua

2010 ²³ 200 mães	incentivo ao AM mantém a amamentação por mais tempo do que mães que não têm este apoio após o retorno ao trabalho.	dentista, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo que disponibilizavam apoio informativo, instrumental e afetivo para manutenção da amamentação.	desmamar antes do 4º mês de vida da criança.
Bortolini; Vitolo, Brasil, 2012 ²⁴ 397 mães	Avaliar o impacto de intervenção baseada em orientação dietética na prevalência de deficiência de ferro em crianças de 12 a 16 meses.	Orientações referentes aos dez passos acompanhadas de folder simplificado, ilustrativo e folha de receitas, fornecidas às mães em 10 visitas domiciliares nos primeiros 10 dias pós-parto, mensais até os seis meses e aos 8, 10 e 12 meses.	Mães do GI* apresentaram probabilidade 40% maior de amamentar exclusivamente por quatro meses ou mais. Aos seis meses, a probabilidade de amamentar exclusivamente foi 134% maior no GI*, quando comparada ao GC**.
Bhandari et al. Índia, 2004 ²⁵ 827 mães	Avaliar a eficácia de intervenção educativa para promoção de práticas de alimentação complementar adequadas à realidade encontrada na comunidade.	Aconselhamento verbal em visitas domiciliares sobre amamentação, higiene dos alimentos, alimentação complementar, e em períodos de doença. Reuniões de grupo na comunidade (bairros, escolas, ruas e feiras) utilizando cartazes, livretos e guias de aconselhamento direcionados aos problemas identificados à nível local.	A proporção de crianças amamentadas aos 9 meses foi 90,8% no GC** e 94,7% no GI*. A quantidade de alimento e número de refeições foram maiores no GI*. Aos 9 meses, 34,8% das mães do GI* encorajavam o filho a comer mais, quando comparadas aos 7,7% do GC**. Aos 18 meses, 89,7% encorajavam a criança a comer, quando comparadas aos 49% do GC**. A proporção de mães que higienizavam as mãos antes de alimentar o filho foi mais alta no GI* (94,5% vs. 59,9%) aos 18 meses.
Shi et al. China, 2009 ²⁶ 599 mães	Avaliar os efeitos de intervenção educativa realizada por profissionais de saúde nas práticas alimentares de cuidadores e no crescimento infantil.	Aconselhamento verbal em grupos e individual a cada três meses, demonstrações e guias com orientações sobre o preparo e armazenamento dos alimentos.	O AM não diferiu entre os grupos. Maior proporção de crianças no GI* consumiu carnes, ovos, vegetais verdes escuros, frutas, óleos e feijão em relação ao GC** aos 6, 9, 12 meses. Durante os seis meses de realização do estudo, as crianças do GI* aumentaram 3,26 kg em média de peso e 14,16 cm em altura, enquanto as crianças do GC** ganharam 3,02 kg a mais de peso e 13,47 cm em altura por volta dos 12 meses de idade.

Continua

Oliveira et al. Brasil, 2012 ²⁷ 323 mães	Avaliar a eficácia do aconselhamento sobre amamentação e alimentação complementar na prevenção da introdução de outros leites e alimentos complementares nos primeiros 6 meses.	Aconselhamento verbal associado à flip-chart e folhetos sobre amamentação e alimentação complementar.	A mediana de introdução de outros tipos de leite foi de 95 dias (95%, IC: 78,7- 111,3) no GC** e 153 dias (95%, IC: 114,6–191,4) no GI*. Os alimentos complementares foram introduzidos precocemente em 41% (95%, IC: 32,8 – 49,2) das crianças do GC** e em 22,8% (95%, IC: 15,9 – 29,7) do GI*.
Vazir et al. Índia, 2013 ²⁸ 511 mães	Determinar se intervenção educativa direcionada a alimentação responsiva e interação mãe-filho com mensagens sobre amamentação e alimentação complementar para crianças de 3 a 15 meses de idade melhora a adequação da ingesta, os níveis de ferro, o crescimento e desenvolvimento.	Aconselhamento nutricional sobre amamentação e alimentação complementar associado a flip-chart e outros materiais demonstrativos (brinquedos).	Não houve diferença estatística significativa entre os GI* e GC** em relação à diversidade alimentar, exceto para o consumo de carnes, assim como para o peso e comprimento entre os grupos aos 3, 6, 9, 12 e 15 meses. A média da hemoglobina foi maior nos dois GI* (I: 9,3±0,06; II: 9,3±0,07; p< 0,05) quando comparada ao GC** (9,0±0,07) aos 15 meses. Não houve diferença entre os escores de morbidade.
Louzada et al. Brasil, 2012 ²⁹ 500 mães	Avaliar o impacto do aconselhamento nutricional às mães durante o primeiro ano de vida no consumo alimentar, estado nutricional e perfil lipídico de crianças entre 7 e 8 anos de idade.	Aconselhamento sobre amamentação e alimentação complementar baseado no manual dez passos, realizado por estudantes de nutrição nos primeiros 10 dias pós-parto, mensalmente até os seis meses e subsequentemente aos oito, dez e doze meses.	O consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares foi menor no GI* entre 12 e 16 meses, três e quatro anos e sete e oito anos.
Vitolo et al. Brasil, 2008 ³⁰ 397 mães	Investigar a eficácia de visitas domiciliares para aconselhar às mães sobre AM na redução das doenças respiratórias entre 12 e 16 meses de vida.	Visitas domiciliares realizadas por nutricionistas para aconselhamento verbal sobre AM e desmame, baseado no manual dez passos, nos primeiros dez dias após o parto, mensalmente até os seis meses, aos oito, dez e 12	O risco de desenvolver sintomas respiratórios foi 41% menor no GI*. Em relação à alimentação, as mães que receberam as visitas apresentaram 59% mais chance de amamentar exclusivamente até o quarto mês, 25% maior chance de amamentar até 12 meses, 11% a mais de possibilidade de introduzir sólidos após os 4 meses

Continua

		meses.	e 56% menor risco de uso de medicações entre 12 e 16 meses da criança.
Khreshneh et al. Jordânia, 2011 ³¹ 90 primíparas	Testar se um programa educativo de apoio ao AM aumenta a proporção de mulheres que amamenta predominantemente aos seis meses, melhora o nível de conhecimento das mulheres sobre amamentação e diminui a proporção de recém-nascidos internados em hospitais devido a doenças intestinais.	Orientações verbais e panfletos sobre amamentação após o parto e contato por telefone para suporte e informação sobre a temática no período de 2 a 4 meses após a alta hospitalar.	Nos resultados primários, não houve diferença estatística significativa em relação ao aleitamento materno predominante aos 6 meses entre os GC** e GI*. A média de escores pré-teste sobre amamentação no GI* foi 7 (DP: 1,9) e no GC** 8,40 (DP: 1,29). Após a intervenção, os escores pós-teste foram 10,5 (DP: 1,5) no GI* e 8,7 (DP: 1,78) no GC**. Filhos de mães do GI* receberam menos assistência à saúde (58%) do que o GC** (69%).
Tahir et al. Malásia, 2013 ³² 357 mães	Estudar a eficácia do aconselhamento sobre lactação pelo telefone nas práticas de amamentação.	Aconselhamento verbal via telefone para promoção da amamentação duas vezes no 1º, 4º e 6º mês e 12 sessões de aconselhamento até o final do estudo.	As mães que participaram do GI* apresentaram 83% a mais de chance de amamentar exclusivamente seu filho durante o primeiro mês de vida. A diferença percentual das mães que praticaram AM exclusivo entre os GI* e GC** foi semelhante aos 4 e 6 meses (42,0% vs. 39,0%; 12,5% vs. 12,0%, respectivamente).
Wen et al. Austrália, 2011 ³³ 667 primíparas	Avaliar a eficácia de intervenção precoce nas práticas de alimentação infantil e no “tummy time” de lactentes no primeiro ano de vida.	Aconselhamento verbal, em visitas domiciliares, sobre práticas alimentares infantis, alimentação saudável e atividade física, nutrição familiar e rede social.	As taxas de AM foram significativamente maiores no GI* do que no GC** aos 6 e 12 meses (42,2% vs. 31,1% e 21,0% vs. 14,9%, respectivamente). O GI* reduziu a proporção de mães que introduzem sólidos antes dos 6 meses em 12% (95%, IC 4% - 20%), de 74% para 62%.
Akter et al. Bangladesh, 2012 ³⁴ 115 gestantes	Avaliar os efeitos do aconselhamento nutricional no ganho ponderal no terceiro trimestre, no peso ao nascimento e nas práticas de AM.	Aconselhamento verbal associado a manual informativo sobre ganho de peso na gestação, alimentação saudável durante a lactação, higiene alimentar, AM exclusivo e na primeira	Mulheres que receberam aconselhamento nutricional ganharam 45% mais peso no terceiro trimestre de gestação que as do GC**. O risco de baixo peso ao nascer foi reduzido em 88% nas mulheres do GI*. As taxas de AM exclusivo foram quase o dobro no

Continua

		hora de vida da criança.	primeiro mês pós-parto no GI* (64,9% vs. 37,9%, p = 0,003).
Gijsbers et al. Holanda, 2006 ³⁵ 89 famílias	Investigar o efeito de programa educacional baseado em modelo psicológico/social e experiências sobre a duração do AM exclusivo em famílias com história de asma.	Livreto dividido em três capítulos com informações sobre gravidez, puerpério e práticas alternadas com experiências pessoais sobre amamentação e ordenha.	Aos 6 meses, 48% das mães que receberam orientação sobre aleitamento, amamentavam exclusivamente, comparadas com 27% do GC** (OR= 2,91, 95%, IC: 1.10-7,71).
Penny et al. Peru, 2005 ³⁶ 377 cuidadores	Avaliar a eficácia de um programa de educação nutricional nas práticas de alimentação, ingesta dietética e no crescimento de crianças acompanhadas até 18 meses.	Aconselhamento nutricional associado à flip-chart com mensagens sobre consistência, composição das refeições e manejo da alimentação pelo responsável da criança.	Não houve diferença estatística significativa na prevalência de AM até os 15 meses entre os GC** e GI*. A média de ingesta energética na alimentação complementar foi maior no GI* que no GC** aos 18 meses. O crescimento linear foi semelhante entre os grupos aos 6 meses de idade.
Jakobsen et al. Guiné Bissau, 2008 ³⁷ 1296 mães	Avaliar o impacto da promoção do AM exclusivo na saúde infantil na Guiné Bissau, África Ocidental.	Aconselhamento verbal, em visitas domiciliares, sobre amamentação exclusiva até os 4 a 6 meses de idade.	A água foi introduzida mais tardiamente no GI*. Aos 2 meses de idade 19,8% do GI* e 13,2% do GC** não tinham oferecido água à criança. Os alimentos de desmame eram oferecidos com mais tardiamente pelo GI* do que pelo GC** (RR 0,79, 95% IC: 0,70 – 0,91).
Labarere et al. França, 2005 ³⁸ 226 mães	Determinar se a rotina de visitas ambulatoriais a consultório médico de cuidados primários nas 1 ^{as} duas semanas pós natal melhoraria a amamentação.	Visitas domiciliares duas semanas após o parto para realizar aconselhamento verbal sobre questões relacionadas à amamentação.	Participar das atividades educativas aumentou 17% na prevalência de AM exclusivo nas quatro primeiras semanas após o parto e reduziu em 24% a prevalência de relatos sobre dificuldades vivenciadas na amamentação no GI*.
Zhang et al. China, 2013 ³⁹ 599 cuidadores	Avaliar a eficácia de intervenção educativa nas práticas alimentares de cuidadores e no crescimento de crianças.	Aconselhamento verbal em grupos e individualizado, acompanhado de folhetos com orientações sobre amamentação, introdução, quantidade e qualidade dos alimentos	As crianças cujas mães participaram do GI* apresentaram menores taxas de alimentação com mamadeira, maior fracionamento da dieta e variedade alimentar. No GI*, as crianças obtiveram melhor crescimento físico aos 9 e 18 meses de idade.

Continua

		complementares, alimentação durante a doença com ênfase na diarreia e prática alimentar responsiva e demonstrações de receitas com alimentação local.	
Kilaru et al. Índia, 2005 ⁴⁰ 242 cuidadores	Avaliar uma intervenção nutricional educativa no crescimento e nas práticas alimentares de crianças de 5 a 11 meses.	Aconselhamento verbal sobre preparo dos alimentos, frequência e diversidade alimentar, continuidade do aleitamento associado à alimentação complementar e não uso de mamadeiras.	As crianças do sexo feminino que participaram do GI* apresentaram ganho ponderal de 77 gramas a mais que as do GC**. Os participantes do GI* apresentaram maior frequência (78% vs. 51%) e diversidade alimentar (42% vs. 19%) que aqueles do GC**.
Edward et al. África, 2013 ⁴¹ 248 gestantes	Examinar o efeito de uma intervenção com visita domiciliar por doulas nas práticas de alimentação infantil entre mães jovens.	Visitas domiciliares realizadas por doulas para aconselhamento verbal e suporte na gestação, puerpério e nascimento sobre amamentação e alimentação complementar. Associação das orientações verbais a folhetos, vídeos e outros materiais.	No hospital 63,9% das mães do GI* tentaram amamentar, comparados aos 49,6% das mães do GC**. Em relação à introdução de sólidos na dieta, 5,65% das mães do GI* ofereceram precocemente alimentos sólidos antes dos 6 meses e 17,9% realizaram essa prática no GC**.
Campbell et al. Estados Unidos, 2004 ⁴² 307 mães	Descrever o desenvolvimento e avaliação de um CD-Rom sobre educação nutricional para os participantes do Programa de Nutrição para Mulheres, Crianças e Recém-nascidos na Carolina do Norte.	CD-Rom contendo uma novela interativa, com informações para mulheres sobre nutrição durante a gestação até alimentação infantil.	No GI* a média dos escores de conhecimento sobre alimentação infantil foi 2,62, comparada aos 2,40 do GC** nas questões relacionadas à introdução de sólidos na dieta da criança.

GI*: grupo intervenção; GC**: grupo controle; AM: aleitamento materno.

Todos os dez passos⁶ foram abordados em pelo menos uma publicação. A maior parte das intervenções se baseou nos passos 1 e 2. O passo 8 fez parte do conteúdo de apenas dois estudos (Quadro 2).

Quadro 2 – Intervenções educativas categorizadas de acordo com os Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos⁶ nas publicações selecionadas, Recife, PE, Brasil, 2016.

Dez Passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos	Orientações	Publicação (Referências)
	1- Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.	21, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41
	2- Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.	19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42
	3- Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes por dia, se a criança estiver em aleitamento materno.	21, 25, 26, 28, 29, 40
	4- A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.	21, 27, 29, 41
	5- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.	20, 27, 28, 29, 36, 42
	6- Oferecer a criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.	26, 27, 29, 40
	7- Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.	21, 28, 31
	8- Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	27, 29
	9- Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.	25, 26, 28, 29, 39, 40
	10- Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.	25, 28, 29

Discussão

Nos estudos selecionados para esta revisão, a participação em atividades educativas contribuiu para promoção da alimentação saudável, pois melhorou o conhecimento das mães ou cuidadores sobre alimentação infantil, promovendo a amamentação e postergando a introdução de alimentos sólidos até os seis meses de vida. A realização de intervenções educativas nos primeiros dois anos auxilia na melhora do status nutricional de crianças, especialmente quando combinadas a provisão de alimentos complementares disponíveis de acordo com a realidade local¹¹.

Nas publicações incluídas nesta revisão, a estratégia educativa mais utilizada foi a orientação verbal de maneira isolada^{23,25-26,29-30,32-34,37-40}. A praticidade e a adequabilidade desse tipo de orientação nos diversos cenários possibilita sua maior aplicação pelos profissionais de saúde, especialmente nas situações em que os demais recursos são escassos. Outros recursos audiovisuais como panfletos, SMS, flip-chart, website, CD, vídeo educativo, contato por telefone também foram realizados, com menor frequência e sempre acompanhados do aconselhamento verbal^{19-22,24,27-28,31,35-36,41-42}.

O aconselhamento verbal, como estratégia educacional para as práticas de Educação em Saúde, para ser efetivo na mudança de comportamento, precisa ser direcionado à realidade e às necessidades do público-alvo e pressupõe uma comunicação dialógica com enfoque participativo junto à família da criança. O enfermeiro, que realiza as consultas de puericultura, tem maior facilidade para orientar as mães ou cuidadores, devido a proximidade com a população adscrita, conseguindo dessa forma, direcionar as informações às demandas de cuidado da criança.

No Brasil, desde 2002, quando foi publicado o primeiro exemplar do guia alimentar “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos”⁶, com base nas recomendações da OMS⁵, se indica a realização de orientações

compreensíveis e aplicáveis ao contexto da família. Porém, apesar desses direcionamentos e de sua aplicabilidade na Atenção Básica nos últimos 13 anos, ainda são elevadas as taxas de desmame e introdução alimentar precoce⁶, levando a reflexão sobre a importância do aconselhamento adaptado à realidade como instrumento de mudança de comportamentos em saúde.

A quantidade de ações realizadas por profissionais de saúde para incentivar o aleitamento materno exclusivo (Passo 1)⁴³ e o maior número de estudos (18 publicações) nessa temática tem como objetivo investigar estratégias educativas com potencial para reduzir os índices de desmame precoce. Apesar do investimento em estudos para promoção do aleitamento, a duração mediana no Brasil ainda é de 54,1⁴⁴ dias, respectivamente, menor do que o preconizado pela WHO⁵. O retorno lento de resultados leva a repensar novas tecnologias e estratégias educacionais para a promoção desta prática.

A maioria das intervenções educativas para promoção do aleitamento materno foi realizada apenas no período pós-parto, por meio de sessões de aconselhamento verbal e acompanhamento posterior em visitas domiciliares para esclarecimento de dúvidas. As orientações dadas pelos profissionais de saúde foram direcionadas, em sua maior parte, às mães^{19, 21-25, 28-32, 34, 37-38,42} devido a sua proximidade com os cuidados da criança e pela influência na formação dos hábitos alimentares dos seus filhos. Intervenções educativas para os demais membros da família foram representados por seis estudos^{26-27,33,35,39,41}.

A Atenção primária, cenário utilizado em todas as intervenções educativas, se configura como ambiente propício para as atividades de educação em saúde direcionadas à promoção da alimentação infantil saudável, devido ao vínculo do profissional com a população, que contribui para o atendimento às necessidades nutricionais da criança. Nas consultas de puericultura, as orientações devem ser contínuas, visto que o número de grupos alimentares necessários para o crescimento e desenvolvimento aumenta com a idade⁴⁵.

As estratégias educativas utilizadas para divulgar orientações sobre alimentação complementar (Passo 2) em boa parte foram audiovisuais a saber CD⁴², vídeo educativo²⁰, rádio²¹, flip-chart^{27,38,40} e SMS²². Essas tecnologias no cenário da saúde possibilitam superar a visão do processo educativo no modelo tradicional onde existe autonomia apenas do profissional, para o modelo do compartilhamento de saberes na busca de comportamentos saudáveis⁴⁶, que nesse caso, referem-se à correta introdução de alimentos na dieta infantil.

O uso de ferramentas inovadoras na orientação nutricional auxilia o enfermeiro na execução das atividades de educação em saúde, porém, seu uso isolado, nem sempre é capaz de modificar comportamentos em saúde na população. Nesta revisão, o uso de ferramentas inovadoras e baseadas na interação com o usuário como o website²⁰, não interferiu no comportamento de cuidadores em relação à alimentação infantil saudável. O profissional deve se apropriar desse material, adaptar seu conteúdo às necessidades nutricionais e ao contexto da criança, e intermediar o uso por mães e cuidadores possibilitando que apreendam as informações e as utilizem em seu cotidiano.

O modo como os profissionais de saúde interagem com a família, conduzindo à reflexão sobre a importância da alimentação à saúde da criança, estimula a melhor adesão desta às orientações sobre a prática alimentar de seus filhos⁴⁷. A formação dos hábitos alimentares é influenciada por diversos fatores, dentre eles o comportamento alimentar dos pais, pois são responsáveis pelo que é oferecido à criança⁹.

O sucesso da alimentação complementar requer paciência, afeto e suporte por parte daqueles que cuidam da criança⁹. O estabelecimento de rotinas sobre horário, posicionamento e a minimização das distrações durante as refeições ajuda a diminuir problemas relacionados a alimentação⁶. Nos estudos analisados, realizar três ou mais refeições ao dia com alimentos complementares, conforme recomendam os passos 3 e 4, foi mais frequente nas crianças do

grupo intervenção, sendo a orientação verbal o tipo de intervenção educativa mais realizada^{21,25-26,29,39-40}.

O flip-chart foi a tecnologia educativa utilizada em seis publicações^{20,27-29,38,42} para tratar da consistência (Passo 5) e variedade dos alimentos (Passo 6 e 7). A associação da orientação verbal com recursos visuais facilita a conexão entre informação e realidade, uma vez que a mãe ou cuidador visualiza o alimento nas questões referentes à quantidade de porções que devem ser oferecidas.

As duas publicações que abordavam questões relacionadas ao consumo de alimentos industrializados (Passo 8) tinham como cenário de estudo o Brasil e utilizaram a orientação verbal e recursos visuais^{27,29}. O número reduzido de estudos com intervenções educativas que desencorajam a oferta de produtos industrializados no primeiro ano de vida da criança condiz com os elevados índices de sobrepeso e obesidade infantis na sociedade atual, visto que o conteúdo dessa orientação interfere diretamente no estado nutricional das crianças.

A orientação verbal foi a estratégia educativa utilizada em todas as seis publicações^{25-26,28-29,39-40} de intervenções que abordavam a higienização, armazenamento e conservação dos alimentos (Passo 9), associada a recursos visuais em duas publicações^{25,29}. Informações adequadas durante a fase de introdução da alimentação complementar auxiliam na prevenção de contaminação por manipulação dos alimentos, diminuindo o risco de doenças diarreicas⁹.

Em relação à alimentação em períodos de doença e convalescença (Passo 10), apenas três estudos trabalharam essa temática, sendo dois indianos^{25,28}, que utilizaram a orientação verbal e recursos audiovisuais, e um brasileiro²⁹, que adotou como principal estratégia educativa a orientação verbal. As crianças que participaram das intervenções receberam uma alimentação mais diversificada no período de doença, quando comparadas às dos grupos controle.

Os recursos utilizados nas publicações que abordam o décimo passo foram o aconselhamento verbal e flip-chart. Por conter ilustrações relacionadas a uma determinada temática, este recurso permite aos participantes o desempenho ativo no seu processo de aprendizagem, além de ser útil para indivíduos com baixa escolaridade⁴⁸.

A realização de meta-análise para estimativa do efeito e identificação da tecnologia educacional com melhor desempenho na educação nutricional minimizaria a limitação dessa revisão.

Conclusão

Intervenções educativas auxiliam a formação de conhecimentos, promovendo a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a introdução oportuna e correta de alimentos. A efetividade de intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em crianças menores de dois anos foi comprovada neste estudo por meio dos resultados oriundos das publicações analisadas.

O aconselhamento verbal associado a recursos audiovisuais são estratégias eficazes que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde em sua prática para facilitar a adequação das informações à realidade da população. Esta revisão apresentou algumas intervenções educativas que podem ser aplicadas por enfermeiros e outros profissionais da saúde nas consultas de puericultura, com o objetivo de promover práticas alimentares adequadas para a saúde da criança.

Entre as temáticas abordadas destaca-se a necessidade do investimento em intervenções que visem a mudança de comportamento por parte de mães ou cuidadores, em relação à diminuição na ingestão de alimentos industrializados, devido a sua interferência no estado nutricional infantil.

Referências

1. Lakshman R, Landsbaugh JR, Schiff A, Cohn S, Griffin S, Ong KK. Developing a programme for healthy growth and nutrition during infancy: understanding user perspectives. *Child Care Health Dev* 2011;38(5):675-82.
2. Yousafzai AK, Rasheed MA, Bhutta ZA. Annual research review: improved nutrition – a pathway to resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(4):367-77.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDIP criança. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Brizuela DN, Marquéz JC, Cavada IC, Santiago R. Alimentación complementaria em niños sanos de 6 a 24 meses. *Arch Venez Puer y Ped* 2013;76(3):128-35.
5. World Health Organization. Infant and young child nutrition. Geneva, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2 ed. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
8. Martins ML, Haack A. Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar: introdução dos alimentos, avaliação e identificação das dificuldades observadas em uma Unidade Básica de Saúde. *Com Ciências Saúde* 2012;23(4):353-9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

10. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promoting promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(3):2-18.
11. Lassi ZS, Das JK, Zahid G, Imdad A, Bhutta ZA. Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(3):S13.
12. Dewey KG, Adu-Afarwah S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal Child Nutr* 2008;4:24-85.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão MC. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* 2008;17(4):758-64.
14. Souza ACC, Moreira TMM, Borges JWP. Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5): 944-51.
15. Bastable SB. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 688p.
16. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(1): 124-31.
17. Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enferm* 2013;18(1):148-55.
18. Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão de literatura. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2008.

19. Scheinmann R, Chiasson MA, Hartel D, Rosenberg TJ. Evaluating a bilingual video to improve infant feeding knowledge and behavior among immigrant latina mothers. *J Community Health* 2010;35:464-70.
20. Clark A, Anderson J, Adams E, Baker S, Barrett K. Assessing an infant feeding web site as a nutrition education tool for child care providers. *J Nutr Educ Behav* 2009;41(1):41-6.
21. Monterrosa EC, Frongillo EA, Cossio TG, Bonvecchio A, Villanueva MA, Thrasher JF et al. Scripted messages delivered by nurses and radio changed beliefs, attitudes, intentions and behaviors regarding infant and young child feeding in Mexico. *J Nutr* 2013;143:915-22.
22. Jiang H, Li M, Wen LM, Hu Qiaozhen, Yang Dongling, He G, Baur LA et al. Effect of short message service on infant feeding practice findings from a community-based study in Shanghai, China. *JAMA Pediatr* 2014;168(5):471-8.
23. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. *Cad Saúde Pública* 2010;26(9):1705-13.
24. Bortolini GA, Vitolo MR. The impact of systematic dietary counseling during the first year of life on prevalence rate of anemia and iron deficiency at 12-16 months. *J Pediatr* 2012;88(1):33-9.
25. Bhandari N, Mazumder S, Bahl R, Martines J, Black RE, Bhan MK. An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in Rural Haryana, India. *J Nutr* 2004;134(9):2342-8.
26. Shi L, Zhang J, Wang Y, Caulfield LE, Guyer B. Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China: a cluster randomized controlled trial. *Public Health Nutr* 2009;13(4):556-65.
27. Oliveira LD, Giugliani ERJ, Espírito Santo LC, Nunes LM. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6

months of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Hum Dev* 2012;88:357-61.

28. Vazir S, Engle P, Balakrishna N, Griffiths PL, Johnson SL, Creed-Kanashiro H et al. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural indian toddlers. *Maternal Child Nutr* 2013;9: 99-117.

29. Louzada MLC, Campagnolo PDB, Rauber F, Vitolo MR. Long-term effectiveness of maternal dietary counseling in a low-income population: a randomized field trial. *Pediatrics* 2012;129(6):1477-84.

30. Vitolo MR, Bortolini GA, Campagnolo PDB, Feldens CA. Effectiveness of a nutrition program in reducing symptoms of respiratory morbidity in children: a randomized field trial. *Prev Med* 2008;4:384-8.

31. Khresheh R, Suhaimat A, Jalamdeh F, Barclay L. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2011;48:1058-65.

32. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counseling improve breastfeeding practices? a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2013;50:16-25.

33. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Flood VM. Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and “tummy time”. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(8):701-7.

34. Akter SM, Roy SK, Thakur SK, Sultana M, Khatun W, Rahman R et al. Effects of third trimester counseling on pregnancy weight gain, birthweight, and breastfeeding among urban poor women in Bangladesh. *Food Nutr Bull* 2012;33(3):194-201.

35. Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, Kester ADM, Van Schayck CP. The success of an educational program to promote exclusive breastfeeding for 6 months in families with a

history of asthma: a randomized controlled trial. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology* 2006;19(4):214-22.

36. Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2005;365:1863-72.

37. Jakobsen MS, Sodemann S, Biai S, Nielsen J, Adaby P. Promotion of exclusive breastfeeding is not likely to be cost effective in West Africa. A randomized intervention study from Guinea-Bissau. *Acta Paediatr* 2008;97:68-75.

38. Labarete J, Gelbert-Bandino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):139-46.

39. Zhang J, Shi L, Chen D, Wang J, Wang Y. Effectiveness of an educational intervention to improve child feeding practices and growth in rural China: updated results at 18 months of age. *Maternal Child Nutr* 2013;9:118-29.

40. Kilaru A, Griffiths PL, Ganapathy S, Shanti G. Community-based nutrition education for improving infant growth in rural Karnataka. *Indian Pediatr* 2005;42:425-32.

41. Edwards RC, Thullen MJ, Korfmacher J, Lantos JD, Henson LG, Hans SL. Breastfeeding and complementary food: randomized trial of community doula home visiting. *Pediatrics* 2013;132(2):160-6.

42. Campbell MK, Carbone E, Honess-Morreale L, Heisler-Mackinnon J, Demissie S, Farrell D. Randomized trial of a tailored nutrition education CD-Rom program for women receiving food assistance. *J Nutr Educ Behav* 2004;36:58-66.

43. Torigoe CY, Asakura L, Sachs A, Silva CVD, Abrão ACFV, Santos GMS et al. Influência da orientação nutricional nas práticas de alimentação complementar em lactentes. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online] 2012;22(1):1-11.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília; 2009.
45. Fialho FA, Lopes AM, Dias IMAV, Salvador M. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Rev Cuid* 2014;5(1):670-8.
46. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals guidelines on feeding practices in the child's first year of life. *J Pediatr* 2013;89(5):485-91.
47. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Como alimentar a los niño? La práctica de conductos alimentarias saludables desde la infância. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2012;29(3):373-8.
48. Buchholz SW, Ingram D, Wilbur J, Pelt P. Using photos to develop text messages to promote walking. *J Nurs Scholarsh* 2013;45(4):380-7.

Artigo Original: Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação saudável em menores de um ano

Resumo

Objetivo: avaliar as práticas maternas na alimentação de crianças menores de um ano, de acordo com as recomendações dos dez passos para alimentação saudável. **Método:** estudo transversal e analítico, realizado com 151 mães/cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE. Para análise foi construído um escore de cumprimento dos dez passos para uma alimentação saudável. A regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para identificar os determinantes da prática alimentar inadequada. **Resultados:** A mediana no cumprimento dos passos foi de 20,0%. Trabalho materno remunerado fora do lar, residir com o companheiro e realizar sete ou mais consultas em puericultura foram fatores determinantes para a mãe/cuidador realizar o maior número de passos. **Conclusão:** as práticas maternas na alimentação de crianças menores de um ano foram consideradas inadequadas, devido ao baixo cumprimento no número de passos.

Descritores: comportamento alimentar; hábitos alimentares; puericultura; enfermagem; educação em saúde.

Introdução

A alimentação saudável é fundamental para a criança, principalmente nos primeiros dois anos de vida, fase caracterizada pelo intenso crescimento e desenvolvimento¹. Para promoção dessa prática, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até o sexto mês de vida e, a partir dessa idade, devem ser oferecidos outros tipos de alimentos de maneira complementar ao leite materno².

A introdução precoce de alimentos sólidos na dieta da criança menor de seis meses repercute negativamente em sua saúde, aumentando a susceptibilidade a infecções decorrentes da contaminação da água e dos alimentos e o aparecimento de distúrbios nutricionais³. Práticas alimentares inadequadas a partir dessa idade contribuem para o surgimento de alterações nutricionais que incluem desde desnutrição e carência de micronutrientes até o excesso de peso e obesidade, cujas consequências podem perdurar até a vida adulta². O risco

de desenvolver distúrbios nutricionais na infância pode ser minimizado por meio da orientação alimentar de um profissional capacitado.

O enfermeiro, responsável pelo acompanhamento da criança na atenção básica, deve considerar o contexto social da família sempre que realizar o aconselhamento nutricional⁴. Este profissional deve compreender a alimentação infantil como prática complexa, que envolve fatores socioeconômicos, condições do domicílio e peridomicílio, comportamento materno, grau de escolaridade, presença do companheiro, condições de saúde e assistência à mãe e a criança³.

Com o objetivo de minimizar os distúrbios nutricionais e promover a alimentação infantil saudável, o MS baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) disponibiliza aos profissionais e a população ferramentas educativas que contém orientações alimentares, a exemplo do manual Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para menores de dois anos¹. Esse material direciona a orientação sistemática da alimentação infantil pelo enfermeiro na consulta de puericultura, pois contempla informações adequadas, passíveis de adaptação à realidade de cada família.

A persistência de distúrbios nutricionais em menores de dois anos de idade² reforça a aplicação de protocolos institucionais criados para guiar os profissionais que atuam na atenção básica na promoção da alimentação saudável. Além de sua aplicação, investigar se as mães ou cuidadores seguem as recomendações do enfermeiro nas consultas de puericultura pode nortear ações educativas pautadas no contexto em que a criança se encontra inserida. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar as práticas maternas na alimentação de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, de acordo com as recomendações dos dez passos para alimentação saudável.

Método

Este estudo é um recorte do projeto “Práticas alimentares em crianças menores de um ano”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Cuidando da Criança e Família, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Estudo transversal e analítico, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) IV da cidade do Recife-PE, o qual está subdividido em três microáreas, organizado conforme proximidade territorial⁵.

A população do estudo foi composta pelas crianças de 12 a 23 meses e 29 dias cadastradas nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) vinculadas às UBS. Para o cálculo amostral foi considerado o número de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, cadastradas nas UBS do DS IV no mês de setembro de 2014 (N=1.291), faixa etária determinada para minimizar o viés recordatório da alimentação da criança no primeiro ano de vida. Para estimar a proporção esperada de inadequação foi utilizada a prevalência de introdução alimentar precoce (prática inadequada de alimentação infantil) de 90%, obtida em estudo realizado em município circunvizinho a cidade do Recife⁶, erro máximo de 5%, significância de 95% e adicional de 20% para eventuais perdas. A amostra final foi constituída por 151 crianças.

A amostragem foi realizada em três etapas: na primeira foi aplicado um plano amostral estratificado por microrregião de saúde, proporcional ao número de crianças cadastradas; na segunda e terceira, foi realizado um sorteio aleatório simples para selecionar as UBS e as crianças que participaram do estudo, respectivamente. As crianças cujos responsáveis apresentassem dificuldades na compreensão das questões dos instrumentos, mesmo após a explicação do conteúdo foram excluídas.

A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2015. O instrumento foi estruturado em dois formulários, o primeiro contendo variáveis sociodemográficas, habitacionais, maternas, de saúde da criança, assistência, orientação e estratégias educativas. O segundo, subdividido em dez tópicos, para identificar as etapas da introdução da alimentação complementar a partir do Manual Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos¹, acrescido de um recordatório alimentar de 24 horas contendo questões a respeito da quantidade e conteúdo das refeições da criança, para complementar as informações sobre o sexto passo.

O segundo formulário teve seu conteúdo validado por oito especialistas⁷. As sugestões acatadas estavam relacionadas, em sua maioria, à clareza do instrumento, com a indicação da substituição de termos científicos por termos populares para melhor compreensão pelos participantes da pesquisa.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram sexo da criança, renda familiar, categorizada de acordo com o salário mínimo de R\$ 788,00 vigente em 2015 e os índices econômico e ambiental. O índice econômico, criado por meio de um modelo adaptado⁸, foi composto pelos bens de consumo disponíveis no domicílio. A partir da soma dos pontos atribuídos aos bens de consumos foi estabelecido o escore: 15 ou mais pontos=4; 10 a 14=3; 4 a 9=2; e, de 1 a 3=1 ponto⁸. A frequência da distribuição da variável variou de 6 a 8 pontos,

sendo o índice categorizado em: até 6 (pior situação), 7 (situação intermediária) e 8 (melhor situação).

O índice ambiental foi baseado no modelo de Oliveira et al.⁹ e incluiu as variáveis destino dos dejetos, destino do lixo, abastecimento de água, tratamento da água de beber e regime de ocupação da moradia, de modo que a condição mais desfavorável recebeu valor 0 e a mais favorável valor 1. A pior situação ambiental encontrada somou 3 pontos (desfavorável); a intermediária, 4 pontos (parcialmente favorável); e a melhor situação, 5 pontos (favorável).

As variáveis maternas analisadas foram a idade, escolaridade, trabalho remunerado fora do lar, presença do companheiro no domicílio, número de consultas pré-natal¹⁰ e amamentação do último filho. As relativas à criança foram peso ao nascer¹¹, amamentação na primeira hora de vida, número de consultas de puericultura¹² e responsável pela criança quando a mãe está no trabalho, categorizada em rede social primária, representada pelo marido, mãe, avó, sogra, irmãos e vizinhos e secundária, quando os cuidadores eram de instituições de cuidados infantis.

Para investigar as práticas de educação em saúde foram avaliadas as variáveis orientação sobre aleitamento no pré-natal, investigação sobre conhecimentos prévios em alimentação complementar, adesão as orientações sobre alimentação recebidas na consulta de puericultura, estratégia empregada na orientação alimentar, esclarecimento de dúvidas sobre alimentação complementar e ferramenta educativa aplicada na orientação.

Os passos para alimentação infantil foram analisados por meio de um escore de prática alimentar adequada, construído com base na principal recomendação de cada um dos dez passos. A cada passo realizado foram atribuídos dez pontos, e o valor do escore foi baseado na soma de todos os passos, totalizando 100 pontos para aquelas mães ou cuidadores que realizassem corretamente os Dez Passos para alimentação saudável¹.

A normalidade da distribuição dos escores de prática alimentar adequada foi testada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, com significância de 5%. Como a variável não apresentou distribuição normal, optou-se por analisar os dados pela mediana da prática alimentar, categorizada em dois grupos, igual ou acima da mediana (adequada) ou menor que a mediana (inadequada) dos escores de cumprimento dos dez passos, sendo considerada variável dependente.

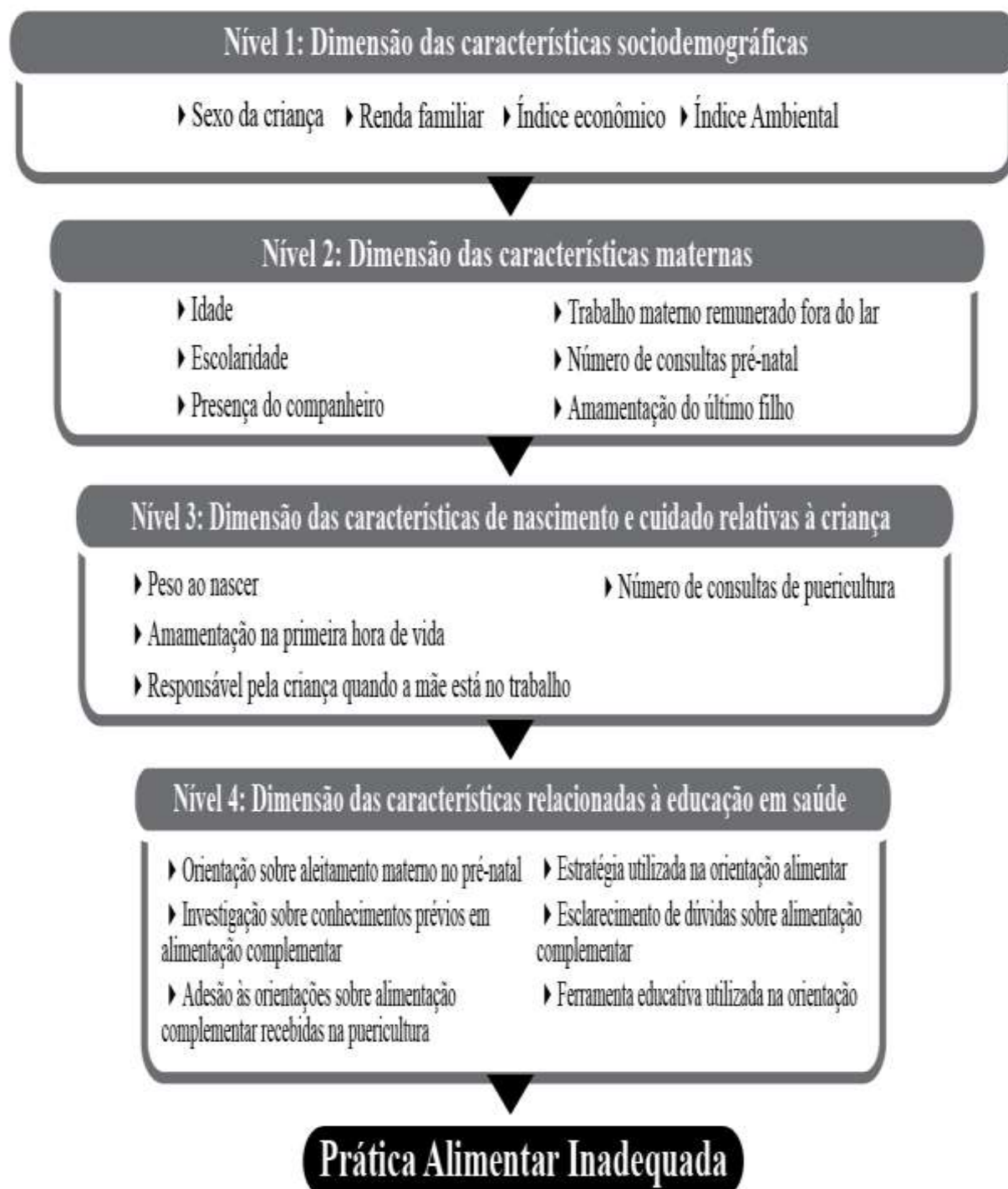
Para análise bivariada entre os escores de prática alimentar adequada e as variáveis independentes foi utilizado o teste qui-quadrado e quando os pressupostos deste teste não

permitiam a sua aplicação, o teste exato de Fisher foi realizado, com significância estatística de 0,05%. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para análise múltipla.

Na análise múltipla as variáveis foram agrupadas de acordo com um modelo conceitual hierárquico adaptado do proposto por Schincaglia e colaboradores³, organizado em quatro níveis conforme a magnitude de associação com o desfecho. O primeiro nível correspondeu as variáveis sociodemográficas, compostas por sexo da criança, renda familiar, índice econômico e índice ambiental. O segundo foi representado pelas variáveis relacionadas à mãe, como idade, escolaridade, trabalho remunerado fora do lar, presença do companheiro, número de consultas pré-natal e amamentação do último filho. O terceiro nível corresponde as variáveis referentes à criança, como peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, responsável pela criança quando a mãe está no trabalho e número de consultas de puericultura. No quarto nível estavam as variáveis relativas à prática da educação em saúde como orientação sobre aleitamento no pré-natal, investigação sobre conhecimentos prévios em alimentação complementar, adesão às orientações recebidas na consulta de puericultura, estratégia implementada na orientação, esclarecimento de dúvidas sobre alimentação complementar e ferramenta educativa utilizada na orientação (Figura 1).

O modelo de Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado para investigar a influência das variáveis independentes na determinação da Prática Alimentar Inadequada, definida pelos menores escores de cumprimento dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável. Foi utilizado o método *backward*. Nenhuma variável do primeiro nível foi incluída no modelo. Inicialmente foram acrescentadas ao modelo as variáveis do segundo nível, sendo progressivamente excluídas aquelas com maior valor de p , até que todas as variáveis que apresentassem $p < 0,20$ permanecessem no modelo. Em seguida foram adicionadas as variáveis do terceiro nível e posteriormente do quarto nível, procedendo-se a exclusão das variáveis segundo o mesmo critério. As variáveis com $p < 0,05$ em cada nível foram consideradas significantes. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald, estimando-se as razões de prevalência ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança.

Figura 3 – Modelo hierárquico causal da prática inadequada da alimentação infantil. Recife, PE, Brasil, 2016.



Os dados foram digitados com dupla entrada no programa Epi Info, versão 3.5.2. Após a validação da digitação, a análise foi realizada no programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 18.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob parecer 1.052.807.

Resultados

A distribuição das crianças por sexo foi semelhante e 58,9% se encontravam na faixa etária de 12 a 18 meses de idade. Em relação ao peso do nascimento, apenas 6,6% das crianças foram classificadas como baixo peso.

Entre as variáveis maternas, verificou-se que 54,3% das mães estavam com idade de 21 a 30 anos (média 21,5, Desvio Padrão, DP = 0,72), 63,6% tinham mais de nove anos de estudo, 45% viviam em união consensual e 19,9% eram casadas. O trabalho materno fora do lar era exercido por 26,5% das mães, e a figura mais referida para o cuidado da criança enquanto a mãe estava no trabalho foram os membros da rede social primária. Em relação aos índices, 51,7% e 63,6% das famílias obtiveram a melhor pontuação na condição econômica e ambiental, respectivamente.

O valor máximo encontrado do escore de cumprimento dos dez passos foi 80,0%. A mediana de práticas alimentares adequadas do escore de cumprimento dos dez passos para alimentação infantil foi 20,0%. Os passos mais realizados pelas mães foram o 10 (43,5%) que corresponde a alimentação da criança nos períodos de doença, 5 e 7 (40,4%) que estão relacionados a consistência da refeição e a alimentação variada respectivamente, e o passo 2 (36,4%) que representa a introdução de alimentos complementares aos seis meses de idade completos. O passo que apresentou menor seguimento foi o 8, que corresponde a evitar o consumo de produtos industrializados durante os primeiros anos de vida (Tabela 1).

Tabela 1 – Adesão aos dez passos para alimentação infantil saudável por mães ou cuidadores de crianças no primeiro ano de vida, Recife, PE, Brasil, 2016.

Variáveis	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses.	40 (26,5%)	111 (73,5%)
Passo 2 – Introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos.	55 (36,4%)	96 (63,6%)
Passo 3 – Dar alimentos complementares três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.	24 (15,8%)	127 (84,2%)
Passo 4 – Oferecer alimentação complementar de acordo com os horários da família, respeitando o apetite da criança.	5 (3,3%)	146 (96,7%)
Passo 5 – Iniciar alimentação com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar a alimentação da família.	61 (40,4%)	90 (59,6%)
Passo 6 – Oferecer à criança uma alimentação variada.	4 (2,6%)	147 (97,4%)
Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, legumes e verduras.	61 (40,4%)	90 (59,6%)
Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	1 (0,7%)	150 (99,3%)
Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo, manuseio, armazenamento e conservação dos alimentos.	39 (25,8%)	112 (74,2%)
Passo 10 – Oferecer à criança doente e convalescente sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos.	66 (43,7%)	85 (56,3%)

Na análise bivariada foram selecionadas as seguintes variáveis para análise múltipla: trabalho materno fora do lar, presença do companheiro e número de consultas pré-natal do segundo nível; peso ao nascer, número de consultas de puericultura e responsável pela criança quando a mãe está no trabalho, no terceiro nível. No quarto nível, adesão às orientações sobre alimentação na consulta de puericultura, estratégia utilizada na orientação alimentar e ferramenta educativa utilizada na orientação (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação de variáveis por níveis do modelo hierárquico com a prática alimentar inadequada de crianças no primeiro ano de vida, Recife, PE, Brasil, 2016.

Variáveis	Prática alimentar (escore)				
	< 20,0 pontos		≥20,0 pontos		p
	n	%	n	%	
Nível 1 - Sociodemográficas					
Sexo da criança					
Masculino	21	28,4	53	71,6	p = 0,226
Feminino	29	37,7	48	62,3	
Índice econômico (pontos)					
6	6	26,1	17	73,9	p = 0,704
7	18	36,0	32	64,0	
8	26	33,3	52	66,7	
Índice ambiental (pontos)					
3	2	25,0	6	75,0	p = 0,685
4	18	37,5	30	62,5	
5	30	31,6	65	68,4	
Renda familiar (em salários mínimos)					
< 1	18	32,7	37	67,3	p = 0,940
≥ 1	31	33,3	62	66,7	
Nível 2 – Maternas					
Idade (em anos)					
≤ 19	6	27,3	16	72,7	p = 0,529
≥ 20	44	34,1	85	65,9	
Escolaridade (em anos)					
< 9	18	34,0	35	66,0	p = 0,835
≥ 9	31	32,3	65	67,7	
Trabalho materno remunerado fora do lar					
Sim	17	42,5	23	57,5	p = 0,141
Não	33	29,7	78	70,3	
Presença do companheiro					
Sim	19	47,5	21	52,5	p = 0,024
Não	31	27,9	80	72,1	
Número de consultas pré-natal					
< 6	13	48,1	14	51,9	p = 0,097
≥ 6	35	31,3	77	68,8	
Amamentação do último filho					
Sim	26	35,1	48	64,9	p = 1,000*
Não	3	37,5	5	62,5	
Nível 3 – Nascimento e cuidado com a criança					
Peso ao nascer (em gramas)					
< 2.500	7	70,0	3	30,0	p = 0,013*
≥ 2.500	40	29,4	96	70,6	
Amamentação na primeira hora de vida					
Sim	38	36,5	66	63,5	p = 0,211
Não	12	26,1	34	73,9	
Número de consultas de puericultura					

< 7	32	50,0	32	50,0	p = 0,000
≥ 7	18	21,7	65	78,3	
Responsável pela criança quando a mãe está no trabalho					
Rede primária	9	31,0	20	69,0	p = 0,079*
Rede secundária	7	63,6	4	36,4	
Nível 4 – Educação em Saúde					
Orientação sobre aleitamento materno no pré-natal					
Sim	46	34,6	87	65,4	p = 0,772*
Não	4	28,6	10	71,4	
Investigação sobre conhecimentos prévios em alimentação complementar					
Sim	26	33,8	51	66,2	p = 0,209
Não	13	23,6	42	76,4	
Adesão às orientações sobre alimentação na consulta de puericultura					
Sim	28	25,7	81	74,3	p = 0,024*
Em parte	8	61,5	5	38,5	
Não	1	16,7	5	83,3	
Estratégia utilizada na orientação alimentar					
Orientações individualizadas	37	30,8	83	69,2	p = 0,058*
Palestras	0	0	9	100,0	
Ferramenta educativa utilizada na orientação					
Tecnologia impressa/vídeo	18	39,1	28	60,9	p = 0,073
Orientação verbal	20	24,1	63	75,9	
Esclarecimento de dúvidas sobre alimentação complementar					
Sim	36	29,8	85	70,2	p = 0,437*
Não	1	12,5	7	87,5	

* Teste Exato de Fisher

Na análise multivariada permaneceram significantes no modelo final como determinantes da prática alimentar infantil inadequada as variáveis: trabalho materno fora do lar, não residir com o companheiro; realizar menos de sete consultas de puericultura quando comparado à realização de sete ou mais (Tabela 3).

Tabela 3 – Razão de prevalência ajustada dos escores de prática alimentar de crianças no primeiro ano de vida segundo fatores maternos e relativos à criança, Recife, PE, Brasil, 2016.

Variáveis	RP	IC(95%)	p-valor*
Trabalho materno fora do lar			
Sim	0,57	1,01 – 2,43	0,044
Não	1,00	-	-
Presença do companheiro			
Sim	1,00	-	-
Não	0,65	1,05 – 2,59	0,028
Número de consultas puericultura			
Menos que 7 consultas	1,64	1,34 – 5,21	0,005
7 ou mais	1,00	-	-

*p-valor do testes de Wald.

Discussão

Neste estudo as práticas maternas na alimentação de crianças menores de dois anos foram inadequadas, visto que as mães/cuidadores cumprem menos da metade dos dez passos para alimentação infantil saudável. Exercer trabalho remunerado fora do lar, não residir com o companheiro, realizar menos de sete consultas de puericultura estão associados à prática alimentar inadequada em lactentes.

A baixa adesão das mães/cuidadores aos dez passos para uma alimentação saudável em menores de dois anos foi confirmada pela mediana de cumprimento de apenas dois passos. Embora a orientação do enfermeiro contribua para as práticas alimentares adequadas, o desmame e a introdução precoce de alimentos na dieta da criança ainda são frequentes¹³. Apesar de receberem as informações dos profissionais de saúde, as mães/cuidadores não aplicam essas orientações em seu cotidiano, o que pode estar relacionado à maneira como esses conhecimentos estão sendo repassados à população.

A situação identificada é semelhante à encontrada há mais de uma década na mesma região¹⁴, no qual a maioria das crianças não recebia a alimentação adequada à sua idade, embora as mães tenham referido que recebiam orientações verbais e escritas no serviço avaliado. Nos últimos dez anos, o MS investiu fortemente na promoção da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, sendo as ações específicas para o manejo da alimentação complementar mais evidenciadas a partir de 2013¹⁶, com a consolidação da Rede Amamenta e Alimenta Brasil.

As estratégias desenvolvidas pelo MS têm, entre outros objetivos, capacitar os profissionais de saúde à fornecer orientações de acordo com as necessidade da criança¹⁷,

considerando a maior possibilidade de mudança de comportamento quando esse tipo de atividade é direcionada à realidade da população¹⁸. A formação do profissional, quando pautada na transmissão de conhecimentos pressupõe o repasse de orientações aos usuários, sem considerar o contexto social no qual as crianças estão inseridas, implicando assim, no baixo cumprimento de passos, constatado nesse estudo.

No que diz respeito à adesão aos passos, o mais executado pelas mães/cuidadores relacionou-se à alimentação em situações de adoecimento. Durante os períodos de doença, a criança necessita aumentar a quantidade de alimento ingerido para não perder peso e acelerar sua recuperação¹. A adesão a esse passo pode ser explicada pela valorização cultural da alimentação, pois, frequentemente quando a criança adoece, as mães/cuidadores preparam alimentos de sua preferência, preocupados com a repercussão da inapetência na sua saúde.

Os primeiros alimentos diferentes do leite materno oferecidos ao lactente devem ser pastosos (passo 5), com o aumento gradativo de sua consistência, até chegar à alimentação da família¹. Neste estudo, as mães ou cuidadores ofereceram refeições liquidificadas às crianças durante o primeiro ano de vida. A oferta de alimentos liquidificados é uma prática bastante comum, justificada pelo receio de engasgos e facilidade no oferecimento¹⁹, embora essa conduta seja contraindicada devido ao risco de super diluição, com consequente redução na oferta calórica².

A alimentação do lactente deve ser constituída por uma variedade de frutas, verduras e legumes para suprir as necessidades de fibras, vitaminas, minerais e ferro¹. Apesar das mães/cuidadores desse estudo oferecerem diariamente frutas, legumes e verduras, o consumo de crianças brasileiras de 6 a 59 meses é caracterizado pela baixa frequência na ingestão desses alimentos e elevado consumo de produtos industrializados²⁰, o que pode comprometer a ingestão de nutrientes importantes para manter a velocidade do crescimento e desenvolvimento nessa fase.

Quanto à diversidade alimentar, a característica principal da dieta dos lactentes foi a monotonia alimentar, com cardápio rico em carboidratos, reforçando a ideia do mingau como alimento marcante e típico da região Nordeste²¹, devido a representação social desse alimento como importante para o crescimento da criança. A interrupção precoce da amamentação e adoção do aleitamento artificial está relacionada ao ganho excessivo de peso nos lactentes, devido a elevação em 15% a 20% no consumo energético pela adição de carboidratos sob a forma de amido²². A prevalência de amido na dieta das crianças avaliadas neste estudo pode

estar vinculada à crença do mingau como alimento forte²¹, associado a praticidade no preparo e oferecimento dessa refeição, a qual garante maior saciedade da criança.

O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida foi prática de apenas 26,5% das mães/cuidadores, valor inferior ao encontrado na cidade do Recife na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006²³. Apesar das iniciativas já implantadas no Brasil, como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente, aprovação da Licença Maternidade de 120 dias, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e do crescimento dessa prática nos últimos 30 anos no país, sua prevalência ainda é inferior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde²⁴.

A realização de atividades de educação em saúde direcionadas as gestantes, puérperas e sua rede social, pode melhorar as taxas de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses. Nesse contexto, o enfermeiro que atua na atenção primária à saúde, devido a maior proximidade com a família, tem papel fundamental na promoção da amamentação²⁵. Esse profissional possui a competência para associar as informações contidas nos materiais disponibilizados pelo MS às abordagens problematizadoras, adaptando ao contexto vivenciado, aumentando as chances de mudança de comportamento pela população em relação à alimentação infantil saudável.

A introdução de produtos ultraprocessados na dieta infantil no primeiro ano de vida foi a prática inadequada mais executada pelas mães/cuidadores. Iogurte do tipo *petit suisse*, pipoca industrializada, adição de açúcar nos sucos, salgadinhos, e biscoito recheado foram os alimentos mais oferecidos. O consumo desses alimentos está associado ao excesso de peso e à obesidade na infância, podendo repercutir na idade adulta². O iogurte *petit suisse* é um dos alimentos mais oferecidos às crianças, possivelmente devido à influência da mídia na veiculação deste como essencial na dieta de transição¹⁹.

Os hábitos alimentares, estabelecidos nos primeiros anos de vida, decorrem da interação da criança com a mãe/cuidador²⁶. O sedentarismo materno e o maior tempo de uso de aparelhos eletrônicos estão associados a menor ingestão de frutas, legumes e verduras e ao maior consumo de alimentos ultra processados²⁷, interferindo na alimentação de seu filho.

Apesar da Lei 11.625 regulamentar a comercialização de alimentos para lactentes, os meios de comunicação ainda exercem influência na prática alimentar materna²⁸. A oferta desses alimentos às crianças está relacionada à praticidade de sua apresentação em forma de papas e purês, associada ao marketing das empresas que enfocam a quantidade e os benefícios

dos micronutrientes disponíveis nos produtos como estratégia de venda direcionada aos pais ou cuidadores.

Outro fator relacionado ao consumo alimentar da criança é a disponibilidade de alimentos no domicílio, devido a sua interferência na prática alimentar materna e, conseqüentemente, no estado nutricional de crianças menores de dois anos²⁹. Famílias com menor poder aquisitivo tendem a consumir mais produtos industrializados, devido ao baixo custo, associado a maior disponibilidade desses produtos próximos as suas residências³⁰. Participantes que possuíam renda familiar de um ou mais salários mínimos apresentaram menores medianas de prática alimentar, apesar de não ter sido encontrada significância estatística, indo de encontro ao que está posto na literatura.

No processo de investigação da associação de variáveis do modelo hierárquico com prática alimentar inadequada, no nível distal, não foram encontradas variáveis significantes, embora outros estudos mostrem interferência das condições socioeconômicas^{23,31} e ambientais³²⁻³⁴ na alimentação infantil.

No segundo nível do modelo a ausência do companheiro foi associada à menores escores de prática alimentar adequada. A presença do cônjuge influencia positivamente a amamentação e a dieta infantil³⁵, possivelmente porque a mulher sente-se mais apoiada e segura nas tomadas de decisões relacionadas a saúde de seu filho. A prática das mães na alimentação de seus filhos sofre influência da família e do suporte fornecido pelos profissionais da saúde².

Nas primeiras semanas após o parto, os membros da rede social da mulher, como a família e amigos podem auxiliar nas dificuldades relativas à amamentação³⁶. O apoio e incentivo das pessoas que cercam a mulher como marido e avós da criança influenciam positivamente na manutenção do aleitamento materno².

A inserção da mulher no mercado de trabalho e a busca por instituições de cuidado e educação para seus filhos interferiu negativamente no padrão alimentar dessas crianças³⁷. Em alguns casos, a alimentação das crianças em creches é oferecida por profissionais com pouca habilidade na introdução de alimentos na dieta infantil³⁸, dificultando ainda mais a aceitação alimentar nas fases de transição.

A permanência das crianças em creches e hoteizinhos por longos períodos de tempo pode acarretar em dificuldades na aceitação do cardápio da família, visto que o lactente tende a se acostumar com a presença do cuidador responsável por suas refeições e pelo modo de preparo dos alimentos da instituição, que pode diferir daquele do domicílio. Por outro lado, o

contato e a observação de outras crianças sendo alimentadas em um mesmo ambiente pode instigar a aceitação da dieta por crianças com neofobias alimentares.

No modelo final, quando incluídas as variáveis dos níveis proximais, verificou-se que realizar menos de sete consultas de puericultura associou-se a prática alimentar inadequada. Esse resultado reforça a competência e habilidade do enfermeiro no aconselhamento das mães de crianças em fase de transição nutricional³⁹, porque possibilita o acompanhamento infantil de maneira sistemática, intervindo precocemente nas situações que caracterizam os erros alimentares.

Todavia, para adesão às recomendações prescritas no protocolo dos dez passos, orientadas durante as consultas, os profissionais da atenção básica necessitam ter o conhecimento e ser capacitados em nutrição infantil. O enfermeiro deve desenvolver boas técnicas de comunicação e escuta qualificada, que visam à melhora na adesão às orientações fornecidas⁴⁰. A capacitação dos profissionais e consequente adequação das orientações às necessidades de saúde das crianças se constituem em estratégias efetivas para aumentar a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de idade e na melhora das práticas relacionadas à alimentação nos primeiros dois anos de vida⁴¹.

O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantis visa a promoção e proteção da saúde da criança, sendo a alimentação um fator condicionante para que esses processos ocorram de maneira adequada. O enfermeiro atua como promotor de hábitos alimentares saudáveis, acolhendo dúvidas, dificuldades e conhecimentos prévios, traduzindo para as mães/cuidadores as recomendações direcionadas às necessidades da criança numa linguagem simples e acessível².

Conclusão

Neste estudo, as práticas maternas na alimentação de crianças menores de um ano foram inadequadas, devido ao baixo cumprimento no número de passos recomendados pelo Ministério da Saúde do Brasil para alimentação infantil saudável. Nenhuma das mães realizou todos os dez passos, mostrando a necessidade de repensar as estratégias educativas utilizadas na prática dos profissionais.

A presença do companheiro, o acompanhamento infantil realizado conforme recomendação do Ministério da Saúde por meio das consultas de puericultura durante o primeiro ano de vida e não trabalhar fora do lar influenciam a mãe/cuidador no cumprimento dos dez passos e, consequentemente na prática alimentar adequada.

Os resultados desse estudo reforçam a competência do enfermeiro no aconselhamento nutricional e a importância da educação em saúde na construção de boas práticas alimentares infantis, realizados, sobretudo, nas consultas de puericultura. A partir do diagnóstico da inadequação da prática materna na alimentação de seus filhos sugere-se a realização de novos estudos que investiguem a repercussão desse comportamento no estado nutricional infantil e junto com esses resultados direcionem a elaboração de estratégias educativas eficazes.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2 ed. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde;2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde;2015.
3. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015;24(3):465-74.
4. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.*2012;17(1):119-25.
5. Recife. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 1ª Ed. 2014.
6. Andrade GMSC. Alimentação complementar de crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no município de Vitória de Santo Antão-PE. 2013. 48 fl. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão; 2103.
7. Pasquali L. Princípios da elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1998;25(5):206-13.
8. Issler RMS, Giugliani ERJ. Identificação de grupos vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. *J Pediatr* 1997;23(2):101-5.

9. Oliveira LPM, Barreto ML, Assis AMO, Braga-Júnior ACR, Nunes MFFP, Oliveira NF et al. Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):601-13.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. – Brasília; 2012.
11. World Health Organization. Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth;2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. – Brasília;2012.
13. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*.2014;67(6):1000-7.
14. 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. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007;7(4):373-80.
15. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição* 2010; 23(3):475-86.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.920, 5 de setembro de 2013*. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília, DF; 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da política de Alimentação e Nutrição. *ENPACS. Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. Caderno do Tutor*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
18. Lassi ZS, Das JK, Zahid G, Imdad A, Bhutta ZA. Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(3):S13.
19. Lima APE, Javorski M, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *Rev Bras Enferm* 2011;64(5):912-8.

20. Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr* 2015;33(4):141-58.
- Lima APE, Javorski M, Amorim RJM, Oliveira SC, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2014;67(6):965-71.
21. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública* 2012;28(9):1759-71.
22. Lima APE, Javorski M, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *Rev Bras Enferm* 2011;64(5):912-8.
23. Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr* 2015;33(4):141-58.
24. Saldiva SRDM, Venâncio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad Saúde Pública* 2011;27(11):2253-62.
25. Nejar FF, Segall-Corrêa AM, Rea MF, Vianna RPT, Panigassi G. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):64-71.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília;2009.
27. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(6):1205-8.
28. Uema RTB, Souza SNDH, Mello DF, Capellini VK. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos de 1998 e 2013: revisão sistemática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2015;36(1):349-62.
29. Fachine ADL, Machado MMT, Lindsay AC, Fachine VAL, Arruda CAM. Percepção de pais e professores sobre a influência dos alimentos industrializados na saúde infantil. *Rev Bras Promoc Saude*. 2015; 28(1): 16-22.
30. Monteiro F, Schmidt ST, Costa IB, Almeida CCB, Matuda NS. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(5):1347-57.

31. Keita AD, Casazza K, Thomas O, Fernandez JR. Neighborhood-level disadvantage is associated with reduced dietary quality in children. *J Am Diet Assoc* 2009; 109(9): 1612-6.
32. Felizola AGB, Akutsu RCCA, Silva AB, Sávio KEO. Perfil nutricional de crianças menores de cinco anos que frequentaram um berçário institucional. *Demetra* 2015;10(1):141-58.
33. Chuproski P, Tsupal PA, Furtado MCC, Mello DF. Práticas alimentares de crianças desnutridas menores de dois anos de idade. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33(4):118-25.
34. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGA. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(3):727-38.
35. Morgado CMC, Werneck GL, Hasselmann HH. Rede de apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18(2):367-76.
36. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad Saúde Colet* 2015;23(2):132-9.
37. Sousa AM, Fracoli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica* 2013;18(2):545-52.
38. Golin CK, Toloni MHA, Longo-Silva G, Taddei JAAC. Erros alimentares na diet de crianças frequentadoras de berçários e creches públicas no município de São Paulo, Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(1):35-40.
39. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, Yasuoka J. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices of children age sixth months to two years: a systematic review. *Nutrition Journal* 2013;12(1):S66.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. – Brasília; 2004.

41. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama C. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saúde Pública* 2014;30(8):1695-707.

6 CONCLUSÃO

A prática alimentar materna na implementação dos dez passos para uma alimentação infantil saudável em menores de um ano nesse estudo foi inadequada, pois as mães/cuidadores cumprem menos da metade dessas orientações. A presença do companheiro, o cuidado pela rede primária de apoio quando a mãe está no trabalho, o acompanhamento nas consultas de puericultura pelo enfermeiro e a adesão às orientações dadas durante essa consulta auxiliam na redução das chances de desempenhar a prática alimentar de forma incorreta.

O apoio recebido pelo cônjuge e por outros membros da rede primária pode auxiliar nos momentos de dúvida e reduzir os níveis de insegurança maternos relativos a alimentação infantil. O enfermeiro, em sua prática, deve incluir em suas orientações o pai e os demais membros da família ligados ao cuidado da criança, com o objetivo de fortalecer a rede social dessa mulher e promover a alimentação infantil saudável.

O artigo de revisão integrativa evidenciou que as intervenções educativas contribuem para construção de conhecimentos relacionados à alimentação infantil, promovendo a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a introdução oportuna e correta de alimentos na dieta da criança. O aconselhamento verbal associado a recursos audiovisuais são estratégias que podem ser utilizadas pelo enfermeiro em sua prática profissional nas consultas de puericultura.

Os resultados do artigo original corroboram aqueles obtidos na revisão integrativa da literatura, pois as orientações fornecidas na consulta de puericultura durante o primeiro ano de vida contribuem para efetivação da prática alimentar adequada. O enfermeiro, nesse contexto, possui competência importante na promoção da alimentação infantil saudável no âmbito da Atenção Básica, por ser responsável pelo acompanhamento desse tipo de consulta e por sua maior proximidade com o contexto da família por ele assistida.

Nota-se ainda a relevância desse nível de assistência para o fortalecimento das ações de educação em saúde, justificado pelo conhecimento da realidade da população sob sua responsabilidade. As estratégias educativas desenvolvidas no cenário da atenção primária possuem maior potencial transformador de comportamentos de risco, devido a possibilidade de adaptação ao contexto social da população sob sua responsabilidade. Diante das dificuldades vivenciadas cotidianamente na Atenção Básica e considerando a importância da educação em saúde na promoção da alimentação infantil saudável, faz-se necessário o maior

investimento pelos níveis de gestão na capacitação dos profissionais ligados à assistência, visando ampliar a quantidade e qualidade das informações fornecidas à população.

Portanto, a efetivação de ações de educação em saúde possui uma competência fundamental na promoção da alimentação saudável na infância. A conscientização de mães/cuidadores em relação a alimentação na saúde auxilia na transformação das práticas de cuidados, promovendo mudanças alimentares positivas que contribuem no crescimento e desenvolvimento adequados para idade, com uma alimentação direcionada às necessidades do público infantil.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde;2012.
2. Miranda M, Bernardes OS, Mello TCV, Silva AT, Rinaldi AEM, Crispim CA. Avaliação antropométrica na infância: uma revisão. *Brazilian Journal of Sports Nutrition* 2012;1(1):37-45
3. Monteiro CA, Benicio MHDA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Revista de Saúde Pública* 2009;43(1):35-43.
4. Corso ACT, Caldeira GV, Fiates GMR, Schwitz BAS, Ricardo GD, Vasconcelos FAG. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina. *Revista Brasileira Estudos de População* 2012;29(1):117-31.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Fernandes RA, Chistofaro DGD, Casonatto J, Kawaguti SSS, Ronque VER, Cardoso JR, Freitas Júnior IF, Oliveira AR. Cross-sectional association between healthy and unhealthy food habits and leisure physical activity in adolescents. *Jornal de Pediatria* 2011;87(3):252-6.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. – Brasília; 2008.
8. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Masilha H, Antunes H et al. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediatr Port* 2012;43(2):17-40.
9. Rossi A, Moreira EAM, Raven MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição* 2008;21(6):739-48.
10. Alves MN, Muniz LC, Vieira MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: pesquisa nacional de demografia e saúde (pnlds), 2006. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18(11):3369-77.
11. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. *Jornal de Pediatria* 2008;80(5):411-16.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. – 2 ed. – Brasília; 2015.
13. Lima APE, Javorski M, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *Rev Bras Enferm* 2011;64(5):912-8.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Dez Passos para uma Alimentação Saudável. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos*. Um Guia para o Profissional de Saúde da Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)*. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da política de Alimentação e Nutrição. *ENPACS. Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. Caderno do Tutor*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.920, 5 de setembro de 2013*. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília, DF; 2013.
20. Costa EC, Silva SPO, Lucena JRM, Batista filho M, Lira PIC, Ribeiro MA, Osório MM. Consumo alimentar de crianças em municípios de baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Revista de Nutrição* 2011;24(3):395-405.
21. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *Jornal de Pediatria* 2010;86(3):196-201.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*. – Brasília; 2012.
23. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(1):181-91.
24. Jesus GM, Castelão ES, Vieira TO, Gomes DR, Vieira GO. Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(5):1581-8.
25. Lima DB, Fujimori E, Borges ALV, Silva MMS. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2011;45(2):1705-9.
26. Bonotto GM, Schneider BC, Santos ISS, Gigante DP, Assunção MCF. Adequação do consumo energético e de macronutrientes de crianças menores de seis anos. *Revista. Paulista de Pediatria* 2012;30(4):513-9.
27. Lima SCD, Jesus ACP, Gubert FA, Araújo TS, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Childcare and nursing care: perceptions of nurses of family health strategy. *Journal of research: fundamental care online* 2013;5(3):194-202.
28. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. *Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação*. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia;2008.
29. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem* 2012;17(1):119-25.
30. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2010;44(1):92-8.
31. Gautério DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2012;65(3):508-13.
32. Bastable SB. *O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem*. – 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
33. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos

- serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde pública* 2008;24(3):675-85.
34. Santos SP, Oliveira LMB. Baixo peso ao nascer e sua relação com a obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Revista de ciências médicas e biológicas* 2011;10(3):329-36.
 35. Sassá AH, Higarashi Ih, Bercini LO, Arruda DC, Marcon SS. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. *Acta Paulista de Enfermagem* 2011;24(4):541-9.
 36. Nascimento VG, Silva JPC, Machado TC, Bertoli CJ, Valenti VE, Leone C. Pré-escolares e excesso de peso: impacto de uma intervenção de baixa complexidade em creches públicas. *Journal of Human Growth and Development* 2013;23(3):1-7.
 37. Marinoski LC, Dallacosta FM, Nunes AD. Estimativa do estado nutricional das crianças de 3 a 5 anos na creche municipal de Água Doce, SC. *Unoesc & Ciência – ACBS* 2011;2(1):49-56.
 38. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guideline on feeding practices in the child's first year of life. *Jornal de Pediatria* 2013;89(5):485-91.
 39. 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. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007;7(4):373-80.
 40. Leal LP, Batista Filho M, Lira PIC, Figueiroa JN, Osório MM. Prevalência de anemia e fatores associados em crianças de seis a 59 meses de Pernambuco. *Revista de Saúde Pública* 2011;45(3):457-66.
 41. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição* 2010; 23(3):475-86.
 42. Mayén AL, Marques-Vidal P, Paccau F, Bovet P, Stringhini S. Socioeconomic determinants of dietary patterns in low-and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2014;102(5):1-12.
 43. Santos AM, Scherer PT. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento da obesidade no Brasil. *Sociedade em Debate* 2011;17(1):219-36.
 44. Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr* 2006;84:289-98.

45. Popkin BM. Contemporary nutritional transition: determinants of diet and its impact on body composition. *Proceeding of the Nutrition Society* 2011;70:82-91.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDIP criança. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
47. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda mínima de nutrição. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):332-40.
48. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública* 2007;23(7):1674-81.
49. Goldani MZ, Mosca PRF, Portella AK, Silveira PP, Silva CH. O impacto da transição epidemiológica na saúde da criança e do adolescente do Brasil. *Rev HCPA* 2012;32(1):49-57.
50. UNICEF. Situação mundial da infância – 2008. Brasília (DF): Escritório da Representante do UNICEF no Brasil;2007.
51. UNICEF. Situação mundial da infância – 2006. Brasília (DF): Escritório da Representante do UNICEF no Brasil;2005.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015. Brasília; 2010.
53. Rodrigo CP. Current mapping of obesity. *Nutr Hosp* 2013;28(5):21-31.
54. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2015;49:38: 1-11.
55. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM et al. Impacto de alimentos ultraprocessados sobre o teor de micronutrientes da dieta no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2015;49:45:1-8.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília; 2009.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para população brasileira. - 2 ed. – Brasília; 2014.

58. Lima APE, Javorski M, Amorim RJM, Oliveira SC, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2014;67(6):965-71.
59. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Priore SE, Franceschini SCC, Novaes JF. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr* 2015;33(2):211-221.
60. Machado AKF, Elert VW, Pretto ADB, Pastore CA. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(7):1983-9.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília; 2009.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica*. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde; 2013.
63. Ariès P. *História social da criança e da família*. – 2 ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2006.
64. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2014;67(6):1000-7.
65. Niehues MR, Costa MO. Concepções de infância ao longo da história. *Rev Técnico Científica (IFCS)* 2012;3(1):284-9.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. – Brasília : Ministério da Saúde; 2011.
67. Perez JRR, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa* 2010;40 (140):649-73.
68. Horta PM, Pascoal MN, Santos LC. Atualizações em guias alimentares para crianças e adolescentes: uma revisão. *Rev Bras Saúde Matern Infantil* 2011;11(2):115-24.

69. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. – Brasília; 2002.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. – Brasília; 2002.
71. Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1027-33.
72. Passanha A, Benício MHD, Venâncio SI, Reis MC. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública* 2013;47(6):1141-8.
73. Brandão DS, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Associação entre a implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de aleitamento materno. *J Pediatr* 2015;91(2):143-51.
74. Brasil. Ministério da Saúde. NutriSUS: caderno de orientações: estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó. – Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
75. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.130, 5 de agosto de 2015*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Brasília, DF; 2013.
76. Warkentin S, Taddei JAAC, Viana KJ, Colugnati FAB. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Rev Nutr* 2013;26(3):259-69.
77. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública* 2012;28(9):1759-71.
78. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima M, Cavalcante T, Jaime PC et al. A implementação das prioridades da Política Nacional da Promoção da Saúde, em balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(11):4301-11.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília; 2015.

80. Alleo LG, Souza SB, Szarfarc SC. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *Journal of Human Growth and Development* 2014;24(2):195-200.
81. Golin CK, Toloni MHA, Longo-Silva G, Taddei JAAC. Erros alimentares na diet de crianças frequentadoras de berçários e creches públicas no município de São Paulo, Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(1):35-40.
82. Teruya KM, Coutinho SB in Rego JD. Sobrevivência Infantil e Aleitamento Materno. **Aleitamento materno**. - - 3 ed. - - São Paulo: Editora Atheneu, 2015.
83. Serva VMSBD in Figueira F. Pediatria. 4 ed. – Rio de Janeiro : MedBook, 2011.
84. Lamounier JÁ, Vieira GO, Gouvêa LC, Vieira TO in Rego JD. Sobrevivência Infantil e Aleitamento Materno. **Aleitamento materno**. - - 3 ed. - - São Paulo: Editora Atheneu, 2015.
85. Euclides MP. Nutrição do Lactente: Base Científica para uma alimentação saudável. Ed. UFV; 2014.
86. Levy L, Bertolo H. Comitê Português para UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Manual de Aleitamento Materno. Portugal; 2012.
87. World Health Organization. Complementary feeding reporto of the global consultations, and sumary of guiding principles for complementary feeding of the breastfe child. Geneva; 2002.
88. World Health Organization. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva; 2014.
89. Araújo NL, Lima LHO, Oliveira EAR, Carvalho ES, Duailibe FT, Formiga LMF. Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. *Rev RENE* 2013;14(6):1064-72.
90. Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr* 2010;86(4):317-24.
91. Venâncio SI, Martins MCN Sanches MTC, Almeida H, Rios GS, Frias PG. Análise da implementação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad Saúde Pública* 2013;29(11):2261-74.
92. Oliveira JS, Joventino ES, Dodt RCM, Veras JEGF, Ximenes LB. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. *Rev RENE* 2010;11(4):95-102.

93. Andrade MP, Oliveira MIV, Bezerra Filho JGB, Bezerra MGA, Almeida LS, Castro e Veras MA. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em unidade básica de saúde em Fortaleza – Ceará. *Rev RENE* 2009;10(1):104-113.
94. World Health Organization. Infant and Young child feeding. Model Chapter for text books for medical students and allied health professionals. Geneva; 2009.
95. World Health Organization. Principios de orientación para la alimentaciión del niño no amamentado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington DC; 2007.
96. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Unidad de Nutrición, Salud de família y comunidade. Princípios para la alimentación complementaria del niño amamentado. Washignton DC; 2003.
97. Longo-Silva G, Toloni MHA, Menezes RCE, Asakura L, Oliveira MAA, Taddei JAAC. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. *Rev Paul Pediatr* 2015;33(1):34-41.
98. Longo-Silva G, Toloni MHA, Menezes RCE, Asakura L, Oliveira MAA, Taddei JAAC. Ultra-processed foods: consumption among children at day-care centers and their classification according to Traffic Light Labelling system. *Rev Nutr* 2015;28(5):543-53
99. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes GRL, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(3):727-38.
100. Leal VC, Lira PIC, Oliveira JS, Menezes RCE, Sequeira LAS, Arruda Neto MA et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. *Cad Saúde Pública* 2012;28(6):1175-82.
101. Wenzel D, Souza SB. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes regiões do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infantil* 2014;14(3):241-9.
102. Saldiva SRDM, Venâncio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad Saúde Pública* 2011;27(11):2253-62.
103. Silva FPB, Cândido MF, Lima AB, Gurgel RQ, Silva DG. Comparação do consumo alimentar de crianças de acordo com o peso ao nascer. *HU Revista* 2012;37(3):315-23.

- 104.Doub AE, Moding KJ, Stifter CA. Infant and maternal predictors of early life feeding decisions. The timing of solid food introduction. *Appetite* 2015;92:261-8.
- 105.Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad Saúde Colet* 2015;23(2):132-9.
- 106.Stephan AMS, Cavada MN,Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde* 2012;21(3):431-8.
- 107.Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública* 2010;26(12):2343-54.
- 108.Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr* 2015;33(4):141-58.
- 109.Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, Di Lallo D, Nastro PF, Patané et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an “at risk population” for special support. *Eur J Pediatr* 2015;174:533-40.
- 110.Barbosa RMS, Croccia C, Carvalho CGN, Franco VC, Salles-Costa R, Soares EA. Consumo alimentar de crianças com base na pirâmide alimentar brasileira infantil. *Rev Nutr* 2005;18(5):633-41
- 111.Bento IC, Esteves JMM, França TE. Alimentação saudável e dificuldades para torna-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(8):2389-400.
- 112.Dessen MA, Polonia AC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia* 2007;17(36):21-32.
- 113.Bem LA, Wagner A. Percepções sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. *Psicologia em Estudo* 2006;11(1):63-71.
- 114.Coutinho MTB. Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. 2004; 1 (22):55-64.

115. Alexandre AMC, LabroniciLM, Maftum MA, Mazza VA. Mapa da rede social de apoio às famílias para promoção do desenvolvimento infantil. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(2):272-9.
116. Silva IR, Sousa fgm, Santos MH, Cunha CLF, Silva TP, Barbosa DC. Significados e valores da família para adolescentes escolares. *Rev RENE* 2011;12(4):783-9.
117. Pedro ICS, Rocha SM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latino-am Enferm* 2008;16(2):1-4.
118. Dezoti AP, Alexandre AMC, Tallmann VAB, Maftum MA, Mazza VA. Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil segundo a equipe de saúde da família. *Esc Anna Nery* 2013;17(4):721-9.
119. Sanicola L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. – São Paulo : Veras Editora, 2008.
120. Angelo BHB, Pontes CM, Leal LP, Gomes MS, Selva TA, Vasconcelos MGL. Práticas de apoio das avós à amamentação: revisão integrativa. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2015;15(2):161-70.
121. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr* 2015;33(3):355-62.
122. Morgado CMC Werneck GL, Hasselmann HH. Rede de apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18(2):367-76.
123. Pinto KRTF, Marcon SS. A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. *Cien Cuid Saude* 2012;11(Suplem):153-9.
124. Cabral PP, Barros CS, Vasconcelos MGL, Javorski M, Pontes CM. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. *Rev Eletr Enf* [internet] 2013;15(2):454-62.
125. Ashida S, Lynn FB, Williams NA, Schafer EJ. Competing infant feeding information in mothers network: advice that supports v. undermines clinical recommendations. *Public Health Nutrition* 2015;Jul 30:1-11.
126. Salve JM, Silva IA. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. *Acta Paul Enferm* 2009;22(1):43-8.
127. Cameron SL, Heath ALM, Gray AR, Churcher B, Davies RS, Newlands A et al. Lactation consultant support from late pregnancy with an educational intervention

- at 4 months of age delays the introduction of complementary foods in a randomized controlled trial. *J Nutrition* 2015;doi: 10.3945/jn.114.202689.
- 128.Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Flood VM. Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and “Tummy Time”. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(8):701-7.
 - 129.Campos AAO, Cotto RMM, Oliveira JM, Santos AK, Araújo RMA. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(2):529-38.
 - 130.Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24(3):465-474.
 - 131.Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia de saúde da família. *Esc Anna Nery* 2012;16(2):326-31.
 - 132.Vitolo MR, Louzada MLC, Rauber F. Atualização sobre alimentação da criança para profissionais de saúde: um estudo de campo randomizado por conglomerados. *Rev Bras Epidemiol* 2014;17(4):873-86
 - 133.Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP, Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev Bras Enferm.*2012;65(4):571-7.
 - 134.Zaman S, Ashraf RN, Matines J. Training in complementary feeding counseling of healthcare workers and its influence on maternal behaviours and child growth: a cluster-randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. *J Health Popul Nutr* 2008;26(2):210-22
 - 135.Bassicheto KC, Réa MF. Infant and young child feeding counseling: an intervention study. *J Pediatr* 2008;84(1):75-82.
 - 136.Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, Yasuoka J. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers’ feeding practices of children age sixth months to two years: a systematic review. *Nutrition Journal* 2013;12(1):S66.

- 137.Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção de conhecimento em Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2012;65(1):148-54.
- 138.Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública* 2003;19(5):1527-34.
- 139.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. – Brasília; 2004.
- 140.Fernandes AFC, Santos MCL, Silva TBC, Galvão CM. Prognosis of breast cancer during pregnancy: evidence for nursing care. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011;19(6):1453-61.
- 141.Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão MC. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* 2008;17(4):758-64.
- 142.Souza ACC, Moreira TMM, Borges JWP. Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(5):944-51.
- 143.Polit DF, Beck CT. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências pra prática da Enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669p.
- 144.Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006;14(1):124-31.
- 145.Ferreira AGN, Costa AGM, Lima FET, Damasceno MMC, Araújo TL, Pinheiro PNC. Métodos e materiais educativos utilizados por enfermeiros para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: revisão integrativa. *J Nurs UFPE on line* 2013;7(5):4554-62.
- 146.Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enferm* 2013;18(1):148-55.
- 147.Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão de literatura. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2008.
- 148.Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. *Desenhos de pesquisa. Acta Cirúrgica Brasileira* 2005;20(2):2-9.

- 149.Fronteira I. Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: breve revisão sobre sua relevância, taxonomia e desenhos. *Acta Medica Portuguesa* 2013;26(6):161-70.
- 150.Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003;3(1):1-13.
- 151.Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, método, aplicações. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- 152.Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. – 3 ed. – Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 153.Recife. *Secretaria Municipal de Planejamento*. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/infoec/index.php>. Acessado em 15 de Maio de 2014.
- 154.Recife. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 1ª Ed. 2014.
- 155.Andrade GMSC. Alimentação complementar de crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no município de Vitória de Santo Antão-PE. 2013. 48 fl. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão; 2013.
- 156.Arango, Hector Gustavo. Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco.- 3 ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- 157.Nunes LN, Camey SA, Guimarães LSP, Mancuso ACB, Hirakata VN. Os principais delineamentos na Epidemiologia. *Rev HCPA* 2013;33(2):178-83.
- 158.Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para psicolinguística. *Letras de Hoje* 2009;44(3):86-93.
- 159.Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção/adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(7):3061-8.
- 160.Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade* 2004;13(3):44-57.

- 161.Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung* 1987;16(6):625-9.
- 162.Joventino ES. Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, 2010.
- 163.Pasquali L. Princípios da elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1998;25(5):206-13.
- 164.Grant JS, Davis LL. Focus on qualitative methods: selection and use of content experts for instrument development. *Research in nursing and health* 1997;20(3):69-74.
- 165.Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 4 ed. Vozes, Petrópolis; 2011.
- 166.Issler RMS, Giugliani ERJ. Identificação de grupos vulneráveis à desnutrição infantil pela medida do nível de pobreza. *J Pediatr* 1997;73(2):101-5.
- 167.Oliveira LPM, Barreto ML, Assis AMO, Braga-Júnior ACR, Nunes MFFP, Oliveira NF et al. Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):601-13.
- 168.Vieira AS, Magalhães TCA, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini CC, Sant'Ana LRF. Fatores associados às velocidades de ganho de peso e de comprimento nos primeiros seis meses de vida. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. [Acessado em 16 Nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030055>.
- 169.Kurihayashi AY, Augusto RA, Escaldelai FMD, Martini LA. Estado nutricional de vitamina A e D em crianças participantes de programa de suplementação alimentar. *Cad Saúde Pública* 2015;31(3):531-42.
- 170.Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos; revoga as Resoluções: Resolução CNS 196 de 10 de Outubro de 1996; Resolução CNS 303 de 06 de Julho de 2000 e a Resolução CNS 404/08. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília DF, 13 Jun. 2012. Seção 1, p. 59.
- 171.Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 6015, de 31 de Dezembro de 1973*. Dispõe sobre registros públicos e dá outras providências. Diário Oficial [da]

República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília DF, 31 Dez. 1973. Seção 1, p. 13528.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Formulário I

Caracterização da Amostra		
Identificação		
Nome: _____		
ESF: _____	Código: _____	
Data da Entrevista: ____/____/____		
Grau de Parentesco da Pessoa Entrevistada com a criança: _____		
Observação: Onde a informação não se aplica colocar 0 (zero)		
<i>Características Sociodemográficas</i>	<i>Nome da variável</i>	<i>da</i>
1. Idade Materna: _____ anos 99- ignorado	1. _____	1IM _____
2. Anos de estudo: _____ anos 88- não se aplica 99- ignorado	2. _____	2AE _____
3. Estado Civil: 1- casada 2- união consensual 3-solteira 4-divorciada 5-viúva 99- ignorado	3. _____	3EC _____
4. Presença do companheiro: 1- Sim 2- Não	4. _____	4PRECP _____
5. Chefe da Família: 1- Mãe 2- Pai 3- Outros _____ 88- não se aplica 99- ignorado	5. _____	5CHEFAM _____
6. Trabalho materno remunerado fora do lar: 1- Sim 2- Não 99- ignorado	6. _____	6TMATFL _____
7. Quando está no trabalho, quem ajuda a cuidar de seu filho < 2 anos? 1- marido 2- mãe 3- avó 4- sogra 5- Cuidador 6- Creche 7. Outros _____ 88- não se aplica 99- ignorado	7. _____	7AJUCFIL _____
8. Renda familiar: R\$ _____ reais 99- ignorado	8. _____	8RENDF _____
9. Número de crianças menores um ano no domicílio: _____ crianças 99- ignorado	9. _____	9NCRUM _____
10. Número de crianças menores de dois anos no domicílio: _____ 88- não se aplica 99- ignorado	10. _____	10NCRDO _____
11. Número de filhos vivos: _____ filhos 99- ignorado	11. _____	11NFILV _____
12. Tipo de Moradia: 1- Casa 2- Apartamento 3- Quarto/Cômodo 4- Outros _____ 99- ignorado	12. _____	12TIMOR _____
13. Regime de ocupação da moradia: 1- Própria 2-Alugada 3-Cedida 4- Outros _____ 99- ignorado	13. _____	13ROCPM _____
14. Abastecimento de água: 1- ligada à rede 2- Poço ou nascente 3- Cisterna 4- Cacimba 5- Outros _____ 99- ignorado	14. _____	14ABSTA _____
15. Tratamento da água de beber: 1- Fervida 2- Filtrada 3-Mineral 4- Coada 5- Sem tratamento 6- Outros _____ 99- ignorado	15. _____	15TRATAB _____
16. Destino dos dejetos: 1- Rede geral 2- Fossa com tampa 3-Fossa rudimentar (sem tampa) 4- Cursos d'água 5- Céu aberto 6-Outro _____ 99- ignorado	16. _____	16DSTDEJ _____

17. Destino do lixo: 1- Coletado 2- Enterrado 3- Queimado 4- Terreno baldio 5- Depositado em caçamba para coleta 5- Outro _____ 99- ignorado	17. ____	17DSTLIX ____
18. Bens de Consumo: 1-geladeira 2- rádio 3-TV 4- computador 5-máquina de lavar roupa 6- automóvel 7- tanquinho 8- moto 9- fogão 88- não se aplica 99- ignorado	18. ____	18BMCON ____
19. Apoio de Programa de Renda do Governo: 1- Sim 2- Não Se sim, qual? _____ 88- não se aplica 99- ignorado	19. ____	19APRGV ____
20. Se sim, qual a renda recebida pelo Programa de Governo no último mês? R\$ _____ reais 88- não se aplica 99- ignorado	20. ____	20RPRGV ____
Dados referentes a Gestaçao da Criança selecionada para pesquisa		
21. Fez pré-natal? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	21. ____	21PREN ____
22. Número de Consultas pré-natal: _____ consultas 88- não se aplica 99- ignorado	22. ____	22NCPREN ____
23. Tipo de Parto 1- Normal 2-Cesáreo 99- ignorado	23. ____	23TPART ____
24. Amamentou seu último filho (anterior ao selecionado para estudo)? 1- Sim 2- Não 88- não se aplica 99- ignorado	24. ____	24AULTF ____
25. Intervalo Interpartal ____ meses 99- ignorado	25. ____	25INTPRT ____
26. Ordem de nascimento da criança selecionada para o estudo: _____	26. ____	26 ONASC ____
27. Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal: 1- Sim 2- Não 88- não se aplica 99- ignorado	27. ____	27OAMPN ____
Dados da Criança menor de Dois Anos selecionada para pesquisa		
28. Sexo: 1- Masculino 2- Feminino	28. ____	28SEX ____
29. Idade atual da criança: _____ meses	29. ____	29IDATU ____
30. Data de Nascimento: ____/____/____	30. ____	30DTNAS ____
31. Idade gestacional ao nascer: 1- pré-termo 2- termo 3-pós-termo	31. ____	31IGEST
32. Peso ao nascer: _____ gramas 99- ignorado	32. ____	32PESN ____
33. A criança mamou na 1ª hora de vida? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	33. ____	33MAMH ____
34. Houve o contato pele a pele logo após o nascimento? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	34. ____	34CONTP ____
35. Diarreia nos últimos 30 dias: 1- Sim 2- Não 99- ignorado	35. ____	35DIAR ____
36. Infecção Respiratória nos últimos 30 dias? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	36. ____	36IRPA ____
37. Infecção do Trato Urinário nos últimos 30 dias? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	37. ____	37ITU ____
Assistência em Saúde		
Assistência		
38. Número de consultas de puericultura no primeiro ano: _____ 88- não se aplica 99- ignorado	38. ____	38PUERI ____
39. Local consultas de puericultura 1. USF 2. Particular 3. Hospital 4. Outros _____ 88- não se aplica 99- ignorado	39. ____	39LOCPUE ____
40. Profissional responsável pela consulta 1. Enfermeiro 2. Médico	40. ____	40PRES P ____
41. A criança teve algum internamento nos últimos seis meses: 1- Sim 2- Não 99- ignorado	41. ____	41INTERN ____

42. Se sim, qual o motivo: _____	42. ____	42MOTINT ____
43. A criança fez/faz suplementação de Ferro? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	43. ____	43SUPLFE ____
44. A criança fez tratamento para anemia no primeiro ano de vida? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	44. ____	44TTOANE ____
Orientações		
45. Durante a consulta de puericultura, recebeu orientação sobre alimentação complementar? 1- Sim 2- Não 88- não se aplica 99- ignorado	45. ____	45CPORAC ____
46. Antes de lhe orientar, perguntaram o que a senhora sabia sobre o assunto? 1- Sim 2-Não 88- não se aplica 99- ignorado	46. ____	46ORSSSA ____
47. Quais orientações recebidas? 1- aleitamento materno 2- introdução de suco 3- introdução de frutas 4- introdução das refeições salgadas 5- alimentação da família 8- Todas as anteriores 9 Outras _____ 88- não se aplica 99- ignorado	47. ____	47ORIREC ____
48. Seguiu as orientações da consulta de puericultura para introduzir novos alimentos na dieta da criança: 1- Sim 2- Não (vá para questão 49) 3- Em parte 88- não se aplica 99- ignorado	48. ____	48SORCP ____
49. Por _____ quê? _____ 88- não se aplica 99- ignorado	49. ____	49PQSORCP ____
50. Foi orientado sobre o preparo do leite da criança? 1-Sim 2- Não 88- não se aplica 99- ignorado	50. ____	50ORIPLC ____
51. Sem sim, quem orientou? 1- enfermeiro 2- médico 3- marido 4- mãe 5- sogra 6- avó 7- tia 8- irmã 9- outros: _____ 88- não se aplica 99- ignorado	51. ____	51QORIPLC ____
52. Com quem aprendeu a preparar as primeiras refeições da criança? 1- enfermeiro 2- médico 3- marido 4- mãe 5- sogra 6- avó 7- tia 8- irmã 9- experiências prévias 10- vizinhos 11- outros: _____ 88- não se aplica 99- ignorado	52. ____	52APREPPR ____
53. Em algum outro momento você participou/recebeu orientações sobre alimentação complementar? 1- Sim 2- Não 88- não se aplica 99- ignorado	53. ____	53PORIAC ____
54. Quem orientou? _____ 88- não se aplica 99- ignorado	54. ____	54QPORIAC ____
55. Onde foi realizada a orientação? _____ 88- não se aplica 99- ignorado	55. ____	55ONDPOR ____
Estratégias educativas		
56. Quais ações educativas foram utilizadas para orientação da alimentação complementar? 1-Orientações individualizadas 2- Palestras 3-Outras _____ 88- não se aplica 99- ignorado	56. ____	56AEOAC ____
57. Qual a ferramenta educativa utilizada na orientação? 1-cartilha 2-álbum 3- folhetos 4-vídeos 5- orientação verbal 6- outros _____ 88- não se aplica 99- ignorado	57. ____	57FEORI ____
58. Tiraram suas dúvidas sobre alimentação complementar durante a atividade educativa? 1- Sim 2-Não 88- não se aplica 99- ignorado	58. ____	58DACAE ____

APÊNDICE B

Formulário II

Formulário de Investigação da Alimentação Complementar

Passo 1	Nome da variável
59. A criança foi amamentada alguma vez? 1- Sim (Vá para questão 60) 2- Não (Vá para questão 63)	59. ____ 59AMAV ____
60. A criança mamou exclusivamente (só no peito) até que idade? ____ dias	60. ____ 60AMEX ____
61. Por que a criança não mamou ou deixou de mamar exclusivamente (só no peito) antes de 6 meses? 1- Leite pouco 2- Criança não queria 3- Leite não sustentava a criança 4- Criança sentia sede 5- Problemas com as mamas 6- retorno ao trabalho 7 -Outros ____ 88- não se aplica 99- ignorado	61. ____ 61PQNM ____
62. Se ela não mamou ou interrompeu aleitamento materno exclusivo (só no peito) antes de 6 meses, qual o primeiro alimento ou líquido oferecido à criança? 1- fórmula infantil 2- leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa) 3- leite de vaca <i>in natura</i> 4- leite em pó integral 5- Leite integral + amido (mingau) 6- outros ____ 88- não se aplica 99- ignorado	62. ____ 62NMPAO ____
Anexo1: para crianças não amamentadas exclusivamente (só no peito) ou desmamadas	
63. Se ela não mamou ou interrompeu AME antes de 6 meses, qual o alimento ou líquido oferecido à criança durante os 4 primeiros meses? 01- fórmula infantil 02- leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa) 03- leite de vaca <i>in natura</i> 04- leite em pó integral 05- Leite integral + amido (mingau) 06- água 07- chá 08-sucos 09- frutas 10 outros ____ 88 – não se aplica 99 - ignorado	63. ____ 63NMPAQ ____
64. O que era utilizado no preparo do leite da criança? 1- amido (massa) 2- açúcar 3- óleo vegetal 4- Outros: ____ 88- não se aplica 99- ignorado	64. ____ 64PLCCA ____
65. Quando o leite oferecido era preparado: 1- a cada refeição 2- para várias refeições 99- ignorado	65. ____ 65LOFPP ____
66. O que usou para oferecer o leite? 1 – copo 2 – colher 3 - mamadeira (Vá para questão 69) 99- ignorado	66. ____ 66UOLEI ____
67. Idade de introdução da mamadeira: ____ dias 88- não se aplica 99- ignorado	67. ____ 67IDIMAM ____
Passo 2	
68. A criança ainda mama? 1- Sim 2- Não (Vá para questão 69)	68. ____ 68AINMAM ____
69. Até que idade mamou exclusivo (só no peito) + complementado? ____ dias	69. ____ 69MAMEX ____
70. Com que idade ofereceu o primeiro alimento diferente do leite materno (exceto leite de vaca ou fórmula infantil na dieta da criança)? ____ dias	70. ____ 70IDOPAL ____
71. Se a introdução dos alimentos foi aos 7 ou mais meses (introdução tardia), qual o motivo? 1- não aceitação da dieta 2- falta do alimento 3- praticidade no AM 4- falta de tempo 5- facilidade no preparo do mingau/leite 6- Falta de apoio de familiares 7- Outros ____ 88- não se aplica 99- ignorado	71. ____ 71MOTSET ____
72. A partir da introdução de novos alimentos a criança recebeu água? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	72. ____ 72INTNAA ____
73. Com que idade ofereceu frutas à criança (papa de fruta, suco, fruta em pedaços/inteira)? ____ dias 99- ignorado	73. ____ 73IDFRUT ____
74. Com que idade ofereceu carne (boi, frango, bode, miúdos, porco, peixe,	74. ____ 74IDOCAR ____

outros) à criança? ____ meses 99- ignorado		
75. Com que idade ofereceu ovo inteiro à criança? ____ dias 99- ignorado	75. ____	75IDOF OV ____
76. Com que idade ofereceu legumes e verduras à criança? ____ dias 99- ignorado	76. ____	76IDOF LV ____
77. Com que idade ofereceu tubérculos/cereais à criança? ____ dias 99- ignorado	77. ____	77IDOF TUB ____
78. Com que idade ofereceu alimentos regionais à criança? ____ dias	78. ____	78IDAL REG ____
79. Se sim, quais? 1- inhame 2- macaxeira 3- jerimum 4- quiabo 5- maxixe 6- caju 7- cajá 8- batata doce 9-banana comprida 10- Outros _____ 99- ignorado	79. ____	79SIDOF TB ____
80. Com que idade a criança começou a receber a alimentação da família? ____ meses 99- ignorado	80. ____	80IDRAL F ____
81. Que temperos eram/são utilizados no preparo da refeição da criança? 1- temperos naturais (sal, coentro, cebolinha, etc.) 2- temperos industrializados (Knor, Sazon, extrato de tomate, colorau, cominho, etc.) 88- não se aplica 99- ignorado	81. ____	81TEMP PR ____
Passo 3		
82. Aos 6 meses, quantas refeições com outros alimentos além do leite eram oferecidos à criança? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Mais de quatro 6- Não oferecia 99- ignorado	82. ____	82NREF SEIS ____
83. Aos 7 meses, quantas refeições de sal eram oferecidos à criança? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Mais de quatro 6- Não oferecia 99- ignorado	83. ____	83NREF SET ____
84. Aos 7 meses, quantos lanches eram oferecidos à criança? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Mais de quatro 6- Não oferecia 99- ignorado	84. ____	84NLASE T ____
85. Aos 12 meses a criança recebia quantas refeições com alimentação da família? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Cinco 6- Mais de cinco 7- Não oferecia 99- ignorado	85. ____	85NREDO ZE ____
86. Aos 12 meses a criança recebia quantos lanches? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Cinco 6- Mais de cinco 7- Não oferecia 99- ignorado	86. ____	86NLADO Z ____
87. Quando preparava a papa salgada, que alimentos costumava usar? 1- cereais 2- tubérculos 3- leguminosas 4- legumes/verduras 5- carnes 6- ovo 7- leite materno 8- leite de vaca 9- fórmula infantil 10- outros _____ 88 – não se aplica 99- ignorado	87. ____	87PPSAL ____
Passos 4, 5 e 6		
88. Como reconhecia que a criança estava com fome? 1-chora 2- pede comida 3- Outro _____ 99- ignorado	88. ____	88RECCFO ____
89. Como reconhecia que a criança estava satisfeita durante a refeição? 1- chora 2- para de comer 3- afasta o prato 4- outro: _____ 99- ignorado	89. ____	89RECCSAT ____
90. Onde a criança era alimentada? 1- cozinha 2- na sala em frente à TV 3- quarto 4- na mesa junto com a família 5-outros: _____ 99- ignorado	90. ____	90CCAALIM ____
91. Como eram os horários das refeições? 1- horário rígido 2- oferece alimento quando identifica que a criança tem fome 3- segue o mesmo horário das refeições da família 4- Outro _____ 99- ignorado	91. ____	91HOREF ____
92. Quem alimentava a criança? 1- mãe 2- pai 3- cuidador 4- avó 5- tia 6- criança come sozinha 7- outros: _____ 88- não se aplica 99- ignorado	92. ____	92QMALCA ____
93. Os alimentos eram oferecidos: 1- separadamente 2- misturados 99- ignorado	93. ____	93ALO FER ____
94. Quando a criança não aceitava a comida, o que a senhora fazia: 1- força ou forçava até a criança aceitar 2- oferece ou oferecia novamente em outra oportunidade 3- não oferecia novamente 4- punição 5- prêmio 6-Outro _____ 88- não se aplica 99- ignorado	94. ____	94 CNACF ____
95. Com que idade começou a oferecer o jantar? _____ dias 99- ignorado	95. ____	95IDJANT ____
96. O que usava para dar a comida? 1- prato/colher 2- mamadeira 3- Outro _____ 99- ignorado	96. ____	96USCOM ____
97. Oferecia suco de frutas a criança? 1- Sim (Vá para questão 97) 2- Não (Vá	97. ____	97OFSUCO ____

para questão 99) 99- ignorado		
98. Se sim, em que horário? 1- lanche da manhã 2- lanche da tarde 3- após o almoço 4- vários 5-Outro _____ 88- não se aplica 99- ignorado	98. ____	98SOF SUCO ____
99. O que usava para oferecer o suco? 1- Copo/xícara 2- mamadeira 3- Não se aplica 4- Outro _____ 99- ignorado	99. ____	99USOF SU ____
100. A criança recebe a refeição em um prato individual? 1-Sim 2-Não 99- ignorado	100. ____	100REFPIND ____
101. Qual a consistência dos primeiros alimentos que eram oferecidos à criança? 1- líquido 2- amassado/papa/purê 3- desfiado 4- picado em pequenos pedaços 5- liquidificados 99- ignorado	101. ____	101CPALI ____
102. Que alimentos seu filho recebeu ontem? (ir para recordatório alimentar)	102. ____	102 ALIMO ____
Passo 7		
103. Quantas vezes eram oferecidas frutas para a criança? 1- diariamente 2- duas a três vezes semana 3- Uma vez/semana 4- não oferecia 99- ignorado	103. ____	103VFRUT ____
104. Quantas vezes era oferecidas verduras/hortaliças para a criança? 1- diariamente 2- duas a três vezes semana 3- Uma vez/semana 4- não oferecia 99- ignorado	104. ____	104VVERD ____
105. Quantas vezes eram oferecidos legumes para a criança? 1- diariamente 2- duas a três vezes semana 3- Uma vez/semana 4- não oferecia 99- ignorado	105. ____	105VLEG ____
106. Como oferecia os alimentos no prato? 1- Separadamente 2- Misturados	106. ____	106OFALP ____
107. Havia algum alimento que a criança não aceitava? 1- Sim (Vá para questão 108) 2-Não (Vá para questão 109) 99- ignorado	107. ____	107ALCNAC ____
108. Você ofereceu o alimento outras vezes? 1- Sim 2- Não (Vá para questão 110) 99- ignorado	108. ____	108OFALOV ____
109. Quantas vezes você ofereceu o alimento? _____ vezes 99- ignorado	109. ____	109QVOALI ____
110. Após a recusa de uma refeição com alimentos complementares, já substituiu a refeição por alimento que continha leite ou lanche? 1-Sim 2- Não 99- ignorado	110. ____	110RECSU ____
111. Os pais consumiam diariamente frutas, verduras e legumes? 1- sim 2- não 99-ignorado	111. ____	111PCDFRU ____
Passo 8		
112. Já foi oferecido a criança açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas. 1- sim 2-não 99- ignorado	112. ____	112OFACEF ____
113. Café? 1- sim 2-não 99- ignorado	113. ____	113 CAFÉ ____
114. Chá? 1- sim 2-não 99- ignorado	114. ____	114CHA ____
115. Refrigerantes? 1-sim 2- não 99- ignorado	115. ____	115REFRI ____
116. Achocolatados? 1- sim 2- não 99- ignorado	116. ____	116ACHOC ____
117. Iogurte/danone? 1- sim 2- não 99- ignorado	117. ____	117IOGDA ____
118. Refresco em pó? 1- sim 2- não 99- ignorado	118. ____	118REFPO ____
119. Açúcar? 1- sim 2- não 99- ignorado	119. ____	119ACUCAR ____
120. Mel? 1-sim 2- não 99- ignorado	120. ____	120MEL ____
121. Chocolate? 1- sim 2-não 99- ignorado	121. ____	121CHOCO ____
122. Enlatados e embutidos (salsicha, sardinha, etc)? 1- sim 2- não 99- ignorado	122. ____	122ENLAT ____
123. Frituras? 1- sim 2- não 99- ignorado	123. ____	123 FRITUR ____
124. Salgadinhos? 1- sim 2- não 99- ignorado	124. ____	124SALGA ____
125. Pipoca industrializada? 1- sim 2- não 99- ignorado	125. ____	125PIPIND ____
126. Macarrão instantâneo? 1- sim 2- não 99- ignorado	126. ____	126MACINS ____
127. Biscoito recheado? 1- sim 2- não 99- ignorado	127. ____	127BISCOR ____
128. Doces (brigadeiro, etc.)? 1- sim 2- não 99- ignorado	128. ____	128DOCE ____
129. Gelatina? 1- sim 2- não 99- ignorado	129. ____	129GELAT ____
130. Confeito ou bombom ou pirulito? 1- sim 2- não 99- ignorado	130. ____	130CONFEI ____
131. Chiclete? 1- sim 2- não 99- ignorado	131. ____	131CHICLE ____
132. Sorvete/picolé/dudu? 1- sim 2- não 99- ignorado	132. ____	132SORVET ____
133. Requeijão? 1- sim 2- não 99- ignorado	133. ____	133REQUEI ____
134. Margarina/manteiga? 1- sim 2- não 99- ignorado	134. ____	134MARG ____
		135TEMPR ____

135. Tempero pronto no preparo dos alimentos? 1- sim 2- não 99- ignorado	135. ____	
136. Tinha o hábito de ler os rótulos dos alimentos infantis antes de comprá-los? 1- sim 2- não 99- ignorado	136. ____	136HLROT ____
Passo 9		
137. Em relação aos cuidados com seu filho, em que situação você lavava as mãos? 1- preparo dos alimentos 2- antes de alimentar a criança 3- outros: ____ 88- não se aplica 99- ignorado	137. ____	137LAVMA ____
138. A senhora lavava os utensílios (talheres, copo, prato) utilizados pela criança na alimentação?? 1- sim (Vá para questão 139) 2- não (Vá para questão 140) 3- Outros ____ 88- não se aplica 99- ignorado	138. ____	138LAVUT ____
139. Como lavava? 1- lava e enxagua 2- ferve 3- outros: ____ 88- não se aplica 99- ignorado	139. ____	139CMLAV ____
140. A senhora lavava as frutas e verduras utilizadas pela criança na alimentação? 1- sim 2- não 88- não se aplica 99- ignorado	140. ____	140LAVFV ____
141. Como lavava? as frutas e verduras utilizadas pela criança na alimentação? 1- apenas lava em água corrente 2- lava com água e sabão 3- lava em água corrente em solução de hipoclorito 4- não higieniza 88- não se aplica 99- ignorado	141. ____	141CMLAFV ____
142. O que fazia com as sobras das refeições no prato? 1- joga fora 2- guarda na geladeira 3- outra pessoa come 4- guarda no forno/fogão 5-Outro ____ 88- não se aplica 99- ignorado	142. ____	142SOBREF ____
143. O que fazia com os alimentos preparados e não consumidos nas refeições? joga fora 2- guarda na geladeira 3- outra pessoa come 4- guarda no forno/fogão 5-Outro ____ 88- não se aplica 99- ignorado	143. ____	143ALIPNC ____
144. Qual o tipo de água era oferecida à criança? 1- não tratada 2- tratada 3- filtrada 4- fervida 5-mineral 99- ignorado	144. ____	144TIPAC ____
145. Qual o tipo de água era utilizada no preparo das refeições? 1- não tratada 2- tratada 3-filtrada 4- fervida 5-mineral 99- ignorado	145. ____	145TIPAPR ____
Passo 10		
Quando a criança está doente oferece?		
146. Que alimentos oferecia? 1- preferidos 2- de costume 3- muda a alimentação 99- ignorado 88- não se aplica	146. ____	146AODOE ____
147. Se mamava, aumentava a frequência das mamadas? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	147. ____	147MAMAF ____
148. Aumentava o número de refeições após a recuperação do apetite? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	148. ____	148ANREF ____
149. Oferecia mais água ou outros líquidos? 1- Sim 2- Não 99- ignorado	149. ____	149OFMAG ____
150. Qual era a consistência dos alimentos oferecidos? 1- líquido 2- pastoso 3- sólido	150. ____	150CONSAO ____
151. Quando a criança estava doente e não aceitava a comida, o que a senhora fazia: 1- força ou forçava até a criança aceitar 2- oferece ou oferecia novamente em outra oportunidade 3- não oferecia novamente 4- punição 5- prêmio 6-Outro ____ 88- não se aplica 99- ignorado	151. ____	151NACOM ____
152. A criança recebe a refeição em um prato individual? 1-Sim 2-Não 99- ignorado	152. ____	152REFPI ____
Anexo 2: ALIMENTAÇÃO ATUAL		
153. Ontem, quantas refeições a criança recebeu (incluindo as refeições lácteas) ____ refeições 99- ignorado	153. ____	153OQTRE ____
154. Ao acordar o que foi oferecido? ____ 1- frutas 2- cereais 3- tubérculos 4- leguminosas 5- legumes/verduras 6- carnes 7- ovo 8- leite materno 9- leite de vaca 10- fórmula infantil 11- outros ____ 88 – não se aplica 99- ignorado	154. ____	154ACOREF ____
155. Lanche da manhã o que foi	155. ____	155LAMAN ____

oferecido? 1- frutas 2- cereais 3- tubérculos 4- leguminosas 5- legumes/verduras 6- carnes 7- ovo 8- leite materno 9- leite de vaca 10- fórmula infantil 11- Alimentos industrializados (salgadinhos, danones, macarrão miojho, achocolatados, refrigerantes, etc.) 88 – não se aplica 99- ignorado		
156. No almoço o que foi oferecido? 1- frutas 2- cereais 3- tubérculos 4- leguminosas 5- legumes/verduras 6- carnes 7- ovo 8- leite materno 9- leite de vaca 10- fórmula infantil 11- outros _____ 88 – não se aplica 99- ignorado	156. ____	156ALMOFE ____
157. Lanche da tarde o que foi oferecido? 1- frutas 2- cereais 3- tubérculos 4- leguminosas 5- legumes/verduras 6- carnes 7- ovo 8- leite materno 9- leite de vaca 10- fórmula infantil 11- outro _____ 88 – não se aplica 99- ignorado	157. ____	157LANTAR ____
158. No jantar o que foi oferecido? 1- frutas 2- cereais 3- tubérculos 4- leguminosas 5- legumes/verduras 6- carnes 7- ovo 8- leite materno 9- leite de vaca 10- fórmula infantil 11- outros _____ 88 – não se aplica 99- ignorado	158. ____	158JANTOF ____
159. Após o jantar o que foi oferecido? 1- frutas 2- cereais 3- tubérculos 4- leguminosas 5- legumes/verduras 6- carnes 7- ovo 8- leite materno 9- leite de vaca 10- fórmula infantil 11- outros _____ 88 – não se aplica 99- ignorado	159. ____	159APJAOF ____

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carta - Convite para participação em pesquisa

Prezado (a) Especialista(a), temos a honra de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **“Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação infantil saudável em menores de um ano”** que irá avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano, por meio de um recordatório realizado com mães/cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

Sua participação é muito importante e os resultados desta pesquisa permitirão traçar um diagnóstico da introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano, subsidiando a realização de intervenções posteriores.

Suas respostas estarão sob sigilo e sua identidade será preservada. Solicitamos que você avalie alguns aspectos do formulário II que aborda os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica”⁶⁷, tais como a clareza, compreensão e relevância. Fique à vontade para escolher o local e data para coleta de dados, havendo apenas a necessidade de pactuar com a pesquisadora a data da entrega do instrumento da pesquisa.

Uma vez que você concorde em participar da pesquisa, por favor, avalie e responda os instrumentos em anexo: o primeiro referente ao seu perfil profissional e o segundo para registrar a avaliação contendo os itens do formulário e questões a serem respondidas.

Pedimos a gentileza de que confirmem o interesse em participar da pesquisa a mestranda Nayara Francisca Cabral de Sousa através do e-mail nayarafcousa@gmail.com, para que de acordo com a sua disponibilidade o processo seja operacionalizado.

Solicitamos também a sua indicação de outros pesquisadores especialistas no tema do estudo para compor o quadro de juízes.

Agradecemos sua participação.

Atenciosamente,

Nayara Francisca Cabral de Sousa (Mestranda)
Prof. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Orientadora)

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Juízes

Convido o (a) Sr. (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “**PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO**”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Pedrosa Leal, que poderá ser encontrada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Anexo A do Hospital das Clínicas da UFPE, Cidade Universitária, CEP: 50670-901, Telefone: 2126-8566 (inclusive ligações a cobrar) e-mail lucianapleal@hotmail.com. Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: Cleide Maria Pontes Telefone: 2126-8566, Marly Javorski Telefone: 2126-8566, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos Telefone: 2126-8566, Nayara Francisca Cabral de Sousa Telefone: 2126-8566, Suenen Marques Chaves Telefone: 2126-8566, Rafaela da Silva Ferreira Telefone: 2126-8566, Gutembergue Aragão dos Santos Telefone: 2126-8566, Rafaela Greice da Silva Telefone: 2126-8566, Theresa Priscilla Calado de Barros Gonçalves Telefone: 2126-8566 e Márcia de Souza Gomes Telefone: 2126-8566.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas via e-mail: nayarafcousa@gmail.com.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano, por meio de um recordatório realizado com mães/cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, acompanhadas pela Estratégia da Saúde da Família no Distrito Sanitário IV na cidade do Recife.

Como Juiz o (a) Sr. (a) receberá o Formulário II e as instruções de como proceder a validação mediante normas do protocolo adotado para este estudo.

O (a) senhor (a) tem direito de não participar da pesquisa, retirando este termo de consentimento, a qualquer momento, se assim desejar, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisa não trará nenhum tipo de risco para o(a) Senhor (a). Para as mães ou cuidadores o risco é mínimo e está relacionado ao constrangimento ao responder algumas perguntas e, talvez, o cansaço e desconforto durante a entrevista.

Os dados do estudo serão codificados, de modo a preservar a sua identidade durante a condução da pesquisa e após a conclusão, quando o estudo for publicado em eventos ou revistas científicas, não havendo a identificação dos juízes, exceto entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua contribuição.

As informações da pesquisa serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A qualquer momento, se assim o desejar, terá acesso às informações sobre os procedimentos relacionados a pesquisa, inclusive para o esclarecimento de possíveis dúvidas que surgirem. Os dados serão guardados por 05 (cinco) anos em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n, 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.; (81) 21268588 ou pelo e-mail: cepccs@ufpe.br.

Luciana Pedrosa Leal (Pesquisadora responsável)

Consentimento da participação da pessoa como Juiz:

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO”**, como juiz. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Recife, __/__/____

Nome do (a) Juiz (a)

Assinatura do (a) Juiz (a)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da genitora para participar o estudo.

TESTEMUNHAS

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE E

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Características dos Especialistas

1- Número do questionário _____ (Preenchimento pelo pesquisador)

2- Idade em anos: _____

3- Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino

4- Experiência profissional

1. () Assistência 2. () Pesquisa: 3. () Outro: _____

5- Maior titulação na área de Enfermagem ou áreas afins

1. () Doutorado área: _____

Área de interesse da tese: _____

2. () Mestrado área: _____

Área de interesse da dissertação: _____

3. () Especialização área: _____

4. () Outros. Especifique: _____

6-Tempo, em anos, de experiência na área de Enfermagem

Experiência	Tempo em anos	Área
6.1Assistência		
6.2Pesquisa		
6.3Docência		
6.4Outros		

7 Publicação sobre alimentação infantil 1. () Sim 2. () Não Quantas? ____

8 Publicação em outros temas na área saúde da criança 1. () Sim 2. () Não
Quantas? _____

9 Capacitação em área clínica na saúde da criança 1. () Sim 2. () Não
Quantas? _____ Quais? _____

10. Indicação de outro pesquisador especialista no tema:

APÊNDICE F

Validação do Conteúdo do Questionário de Investigação da Alimentação Complementar

Prezado Especialista,

A avaliação dos itens da escala terá o objetivo de verificar a clareza e a compreensão; a associação dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos com prática alimentar materna/cuidadores e seu grau de relevância.

A prática alimentar adequada pode ser definida como o oferecimento de carboidratos, proteínas e lipídeos em quantidade adequada para promover o crescimento e desenvolvimento infantil saudável²⁶. Durante os primeiros anos de vida da criança é muito comum o surgimento de dúvidas, dificuldades e receios de mães ou cuidadores sobre a alimentação¹⁴.

Nesta validação de conteúdo os critérios: clareza da linguagem e compreensão serão analisados. Para tanto, deve ser avaliado se a linguagem utilizada em cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para a população alvo. Também deve ser avaliado se o item faz associação com a prática alimentar adequada, neste sentido, objetivamos identificar se cada item possui importância para o instrumento e se pode avaliar o conceito de interesse na população alvo.

O formulário II apresenta 94 itens relacionados à prática alimentar correspondentes a cada um dos dez passos. Deve ser analisada a adequação de cada item ao passo correspondente. Ao final você deve responder se todos se encontram adequados e indicar sugestões se necessárias.

Passo 1
59. A criança mamou? 1- Sim (Vá para questão 60) 2- Não (Vá para questão 68)
60. A criança mamou exclusivamente até que idade? _____ dias
61. A criança ainda mama? 1- Sim (Vá para questão 65) 2- Não (Vá para questão 62)
62. Até que idade mamou (aleitamento total)? _____ dias
63. Por que a criança não mamou ou deixou de mamar exclusivamente antes de 6 meses? 1- Leite insuficiente 2- Criança não queria 3- Leite não sustentava a criança 4- Criança sentia sede 5- Problemas com as mamas 6- retorno ao trabalho 7 – Outros _____ 88- não se aplica 99- ignorado
64. Se ela não mamou ou interrompeu aleitamento materno exclusivo antes de 6 meses, qual o primeiro alimento oferecido à criança? 1- fórmula infantil 2- leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa) 3- leite de vaca <i>in natura</i> 4- leite em pó integral 5- Leite integral + amido (mingau) 6- outros _____ 88- não se aplica 99- ignorado
Para crianças não amamentadas exclusivamente ou desmamadas
65. Se ela não mamou ou interrompeu AME antes de 6 meses, qual o alimento oferecido à criança durante os 4 primeiros meses? 01- fórmula infantil 02- leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa) 03- leite de vaca <i>in natura</i> 04- leite em pó integral 05- Leite integral + amido (mingau) 06- sucos 07- frutas 08. outros _____ 88 – não se aplica 99 - ignorado
66. O que era utilizado no preparo do leite da criança? 1- amido 2- açúcar 3- óleo de soja 4- Outros: _____ 88- não se aplica 99- ignorado
67. O leite oferecido era preparado: 1- a cada refeição 2- para várias refeições 99- ignorado
68. O que usa/usou para oferecer o leite? 1 – copo 2 – colher 3 - mamadeira (Vá para questão 69) 99- ignorado
69. Idade de introdução da mamadeira: _____ dias 88- não se aplica 99- ignorado

Crítérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 1	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não
1. Dar somente leite materno até os seis meses	Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____ _____

Passo 2
70. Com que idade foram introduzidos outros alimentos na dieta da criança? _____ dias
71. Se a introdução dos alimentos foi aos 7 ou mais meses (introdução tardia) , qual o motivo? 1- não aceitação da dieta 2- falta do alimento 3- praticidade no AM 4- falta de tempo 5- facilidade no preparo do mingau/leite 6- Falta de apoio de familiares 7- Outros _____ 88- não se aplica 99- ignorado
72. A partir da introdução de novos alimentos a criança recebe/recebeu água tratada? 1- Sim 2- Não 99- ignorado
73. Os alimentos regionais eram utilizados na dieta da criança? 1- Sim (Vá para questão 74) 2- Não (Vá para questão 75) 99- ignorado
74. Se sim, quais? 1- inhame 2- macaxeira 3- jerimum 4- quiabo 5- maxixe 6- caju 7- cajá 8- batata doce 9- Outros _____ 99- ignorado
75. Com que idade a criança começou a receber a alimentação da família? _____ meses 99- ignorado
76. Que temperos eram/são utilizados no preparo da refeição da criança? 1- temperos naturais (sal, coentro, cebolinha, etc.) 2- temperos industrializados (Knor, Sazon, extrato de tomate, colorau, cominho, etc.) 88- não se aplica 99- ignorado

Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 2	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não
2. Introduzir alimentos complementares a partir do 6º mês.	Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____ _____ _____

Passo 3
77. Aos 6 meses, quantas refeições com alimentos complementares eram oferecidos à criança? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Mais de quatro 6- Não oferecia 99- ignorado
78. Com que idade ofereceu frutas à criança (papa de fruta, suco, fruta em pedaços/inteira)? ____ meses 99- ignorado
79. Com que idade ofereceu carne (boi, frango, bode, miúdos, porco, peixe, outros) à criança? ____ meses 99- ignorado
80. Com que idade ofereceu ovo inteiro à criança? ____ dias 99- ignorado
81. Com que idade ofereceu legumes e verduras à criança? ____ dias 99- ignorado
82. Com que idade ofereceu tubérculos/cereais à criança? ____ dias 99- ignorado
83. Aos 7 meses, quantas refeições com alimentos complementares eram oferecidos à criança? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Mais de quatro 6- Não oferecia 99- ignorado
84. Ao completar 12 meses, quantas refeições com alimentos complementares eram oferecidos à criança? 1- Uma 2- Duas 3- Três 4- Quatro 5- Cinco 6- Mais de cinco 7- Não oferecia 99- ignorado

Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 3	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não
3. Dar alimentos complementares 3 vezes ao dia se a criança receber leite materno e 5 vezes se estiver desmamada .	Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____ _____

Passos 4, 5 e 6
85. Como reconhece que a criança está com fome? 1-chora 2- pede comida 3- Outro_____ 99- ignorado
86. Como reconhece que a criança está satisfeita? 1- chora 2- para de comer 3- afastam do prato 4- outro: _____ 99- ignorado
87. Onde a criança é alimentada? 1- cozinha 2- em frente à TV 3- quarto 4- outros: _____ 99- ignorado
88. Como são os horários das refeições? 1- horário rígido 2- oferece alimento quando identifica que a criança tem fome 3- segue o mesmo horário das refeições da família 4- Outro_____ 99- ignorado
89. Como a criança come? 1- em horário diferente da família 2- junto com a família 88- não se aplica 99- ignorado
90. Quem alimenta a criança? 1- mãe 2- pai 3- cuidador 4- avó 5- tia 6- criança come sozinha 7- outros: _____ 88- não se aplica 99- ignorado
91. Os alimentos são/eram oferecidos: 1- separadamente 2- misturados 99- ignorado
92. Com que idade a criança começou a receber alimentação da família? _____ dias 99- ignorado
93. Quando a criança não aceita a comida, a senhora: 1- força ou forçava até a criança aceitar 2- oferece ou oferecia novamente em outra oportunidade 3- não oferecia novamente 4- Outro _____ 88- não se aplica 99- ignorado
94. Com que idade começou a oferecer o jantar? _____ dias 99- ignorado
95. O que usa para dar a alimentação? 1- prato/colher 2- mamadeira 3- Outro _____ 99- ignorado
96. Oferece suco de frutas a criança? 1- Sim (Vá para questão 97) 2- Não (Vá para questão 99) 99- ignorado
97. Se sim, em que horário? 1- lanche da manhã 2- lanche da tarde 3- após o almoço 4- Outro _____ 99- ignorado
98. Como oferece o suco? 1- Copo/xícara 2- mamadeira 3- Não se aplica 4- Outro _____ 99- ignorado
99. A criança recebe a refeição em um prato individual? 1-Sim 2-Não 99- ignorado
100. Qual a consistência dos primeiros alimentos oferecidos à criança? 1- líquido 2- amassado/papa/purê 3- desfiado 4- picado em pequenos pedaços 5- liquidificados 99- ignorado
101. Que alimentos seu filho recebeu ontem? 1- Alimentação variada 2- Dieta monótona 99- ignorado

Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 4	1. Sim 2. Não Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____ _____
4. Oferecer alimentação complementar de acordo com os horários das refeições da família				
Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 5	1. Sim 2. Não Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____ _____
5. Oferecer alimentação complementar de consistência pastosa desde o início da alimentação aumentando gradativamente a consistência até a alimentação da família				
Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 6	1. Sim 2. Não Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____ _____
6. Oferecer alimentação variada				

Passo 7
102. Com que frequência era/é oferecido frutas para a criança? 1- diariamente 2- duas a três vezes semana 3- Uma vez/semana 4- não oferecia 99- ignorado
103. Com que frequência era/é oferecido verduras/hortaliças para a criança? 1- diariamente 2- duas a três vezes semana 3- Uma vez/semana 4- não oferecia 99- ignorado
104. Com que frequência era/é oferecido legumes para a criança? 1- diariamente 2- duas a três vezes semana 3- Uma vez/semana 4- não oferecia 99- ignorado
105. Tem algum alimento que a criança não aceita? 1- Sim (Vá para questão 106) 2-Não (Vá para questão 108) 99- ignorado
106. Você ofereceu o alimento outras vezes? 1- Sim (Vá para questão 108) 2- Não (Vá para questão 108) 99- ignorado
107. Quantas vezes você ofereceu o alimento? 1- Uma a quatro 2- cinco a sete 3 – oito ou mais vezes 99- ignorado
108. Como oferece os alimentos? 1- Separadamente 2- Misturados
109. Após a recusa de uma refeição com alimentos complementares, já substituiu a refeição por preparação láctea ou lanche? 1-Sim 2- Não 99- ignorado

Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 7	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não
7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.	Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____	Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____

Passo 8

110. Já foi oferecido a criança açúcar, café, enlatados frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas. 1- sim 2-não 99- ignorado

111. Café? 1- sim 2-não 99- ignorado

112. Chá? 1- sim 2-não 99- ignorado

113. Chocolate? 1- sim 2-não 99- ignorado

114. Enlatados e embutidos? 1- sim 2- não 99- ignorado

115. Frituras? 1- sim 2- não 99- ignorado

116. Mel? 1-sim 2- não 99- ignorado

117. Refrigerantes? 1-sim 2- não 99- ignorado

118. Iogurte/danone? 1- sim 2- não 99- ignorado

119. Gelatina? 1- sim 2- não 99- ignorado

120. Refresco em pó? 1- sim 2- não 99- ignorado

121. Confeito ou bombom ou pirulito? 1- sim 2- não 99- ignorado

122. Doces (brigadeiro, etc.)? 1- sim 2- não 99- ignorado

123. Salgadinhos? 1- sim 2- não 99- ignorado

124. Achocolatados? 1- sim 2- não 99- ignorado

125. Tempero pronto? 1- sim 2- não 99- ignorado

126. Açúcar? 1- sim 2- não 99- ignorado

127. Macarrão instantâneo? 1- sim 2- não 99- ignorado

128. Sorvete/picolé/dudu? 1- sim 2- não 99- ignorado

129. Biscoito recheado? 1- sim 2- não 99- ignorado

130. Requeijão? 1- sim 2- não 99- ignorado

131. Margarina/manteiga? 1- sim 2- não 99- ignorado

132. Chiclete? 1- sim 2- não 99- ignorado

133. Pipoca industrializada? 1- sim 2- não 99- ignorado

134. Tem o hábito de ler os rótulos dos alimentos infantis antes de comprá-los? 1- sim 2- não 99- ignorado

Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 8 8. Evitar o consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas.	1. Sim 2. Não Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	1. Sim 2. Não Se não, qual item deve ser retirado _____ _____ _____ _____

Passo 9
135. Em relação aos cuidados com a alimentação de seu filho, quando acha que é importante lavar as mãos? 1- preparo dos alimentos 2- antes de alimentar a criança 3- outros: _____ 88- não se aplica 99- ignorado
136. Como higieniza os utensílios (talheres, copo, prato) utilizados pela criança na alimentação? 1- lava e enxagua 2- ferve 3- outros: _____ 88- não se aplica 99- ignorado
137. Como higieniza as frutas e verduras utilizadas pela criança na alimentação? 1- apenas lava em água corrente 2- lava com água e sabão 3- lava em água corrente em solução de hipoclorito 4- não higieniza 88- não se aplica 99- ignorado
138. O que faz com as sobras das refeições no prato? 1- despreza 2- guarda na geladeira 3- Outro _____ 88- não se aplica 99- ignorado
139. O que faz com os alimentos preparados e não consumidos nas refeições? 1- despreza 2- guarda na geladeira 3- Outro _____ 88- não se aplica 99- ignorado
140. Qual o tipo de água oferecida à criança e utilizada no preparo das refeições? 1- tratada 2- filtrada 3- fervida 4- mineral 99- ignorado

Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 9	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não
9. Cuidar da higiene e conservação dos alimentos.	Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____	Se não, qual item deve ser retirado ? _____ _____ _____

Passo 10
Quando a criança está doente oferece?
141. Oferece os alimentos de costume e preferidos pela criança? 1- Sim 2- Não 99- ignorado
142. Não oferece alguns alimentos que considera nocivos/prejudiciais? 1- Sim 2- Não 99- ignorado
143. Se mama, aumenta a frequência das mamadas? 1- Sim 2- Não 99- ignorado
144. Aumenta o número de refeições? 1- Sim 2- Não 99- ignorado
145. Aumenta a oferta de líquidos? 1- Sim 2- Não 99- ignorado

Critérios para avaliação	Os itens apresentam linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	Os itens estão associados à prática alimentar adequada?	Os itens respondem ao passo correspondente?	Sua presença no formulário é importante?
Passo 10	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não
10. Oferecer à criança doente alimentos habituais e preferidos .	Se não, qual item não está claro e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	Se não, qual item e quais as suas sugestões? _____ _____ _____ _____	Se não, qual item deve ser retirado? _____ _____ _____ _____

APÊNDICE G

Resultado geral da validação do formulário II

Os juízes do processo de validação foram todos do sexo feminino, sendo três representantes do Sudeste e cinco do Nordeste do Brasil. A média de idade foi 37,7 anos (Desvio Padrão DP = 9,3), estando 6 (75,0%) na faixa etária entre 30 e 40 anos. Em relação à titulação, 4 (50,0%) especialistas tinham doutorado, 5 (62,5%) experiência profissional acima de 10 anos na assistência, 4 (50%) experiência em pesquisa e 2 (25,0%) em docência.

Com relação ao Passo 1, na avaliação dos juízes, o menor percentual de concordância (86,4%) associou-se à clareza dos questionamentos (Tabela 2). As questões 59 e 60 foram consideradas pouco claras, devido a terminologia técnica ligada à amamentação utilizadas na formulação das questões. As sugestões dos especialistas foram acatadas e estavam relacionadas à utilização de termos populares para facilitar o entendimento dos entrevistados, como o incremento da expressão ‘só no peito’ para ser lida pelo entrevistador, caso os participantes não compreendessem o termo ‘mamou exclusivamente’.

Tabela 1: Clareza, associação à prática alimentar, relação com o passo correspondente e relevância dos itens dos dez passos do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Passos	Clareza				Associação à prática alimentar				Relação com o passo correspondente				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	76	86,4	12	13,6	88	100,0	0	0,0	83	94,3	5	5,7	87	98,9	1	1,1
2	45	80,4	11	19,6	49	87,5	7	12,5	47	83,9	9	16,1	56	100,0	0	0,0
3	56	87,5	8	12,5	56	87,5	8	12,5	44	68,8	20	31,3	53	82,8	11	17,2
4, 5 e 6	122	89,7	14	10,3	135	99,3	1	0,7	134	98,5	2	1,5	129	94,9	7	5,1
7	54	84,4	10	15,6	64	100,0	0	0,0	61	95,3	3	4,7	58	90,6	6	9,4
8	193	96,5	7	3,5%	200	100,0	0	0,0	200	100,0	0	0,0	175	87,5	25	12,5
9	39	81,3	9	18,8	48	100,0	0	0,0	48	100,0	0	0,0	48	100,0	0	0,0
10	35	87,5	5	12,5	40	100,0	0	0,0	40	100,0	0	0,0	39	97,5	1	2,5

Tabela 2: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes ao Passo 1 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza		Associação à prática alimentar				Relação com o passo correspondente						Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	5	62,5	3	37,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
2	5	62,5	3	37,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
3	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
4	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
6	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
7	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
8	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
9	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
10	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
11	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
Geral	76	86,4	12	13,6	88	100,0	0	0,0	83	94,3	5	5,7	87	98,9	1	1,1

Embora tenha apresentado concordância satisfatória (87,5%) a questão 65 foi reformulada para melhor compreensão do público alvo, sendo o questionamento inicial ‘o leite oferecido era preparado’ substituído por ‘quando o leite oferecido era preparado?’. O aumento de opções de respostas em algumas questões foi sugerido pelos especialistas, porém a consideração não foi acatada, visto que já existia a opção ‘outros’ disponível naquelas em que foi apresentada essa sugestão.

No Passo 2, no que diz respeito a clareza, as questões 70 e 73 apresentaram percentual de concordância abaixo de 70% (37,5% e 50%, respectivamente), conforme mostra a tabela 3. As questões foram reformuladas, de acordo com as sugestões dos especialistas, e a pergunta de número 70 ‘com que idade foram introduzidos outros alimentos na dieta da criança?’ foi substituída por ‘com que idade ofereceu o primeiro alimento diferente do leite materno (exceto leite de vaca ou fórmula infantil) na dieta da criança?’; a questão 73 deixou de ser escrita ‘os alimentos regionais eram utilizados na dieta da criança?’ e passou a ser ‘com que idade ofereceu alimentos regionais à criança?’. A principal sugestão dos especialistas estava relacionada a expressão ‘alimentos regionais’ utilizada na questão 73. Como esse termo está presente no manual Dez Passos ⁶², optou-se por mantê-lo nas perguntas, sendo de responsabilidade dos entrevistadores, previamente capacitados, explicar seu significado ou sinônimos durante o momento da entrevista. A presença de todos os questionamentos incluídos no instrumento foi considerada relevante pelos juízes.

Tabela 3: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes ao Passo 2 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza				Associação				Resposta				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	37,5	5	62,5	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
2	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
3	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0
4	4	50,0	4	50,0	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
5	6	75,0	2	25,0	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
6	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
7	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0
Geral	45	80,4	11	19,6	49	87,5	7	12,5	47	83,9	9	16,1	56	100,0	0	0,0

Como o Passo 2 aborda a introdução lenta e gradual de alimentos, complementando com o leite materno, foram acrescentados, após a validação, questões referentes a manutenção da amamentação como os questionamentos 68 ‘a criança ainda mama?’ e 69 ‘até que idade mamou exclusivo (só no peito) + complementado?’. Para contemplar a introdução de alimentos complementares, foram acrescentadas questões que abordam a idade do oferecimento de frutas, carne, ovo, legumes e verduras e tubérculos/cereais, que estavam presentes no Passo 3.

Em relação ao Passo 3, a questão 77 apresentou percentuais de clareza muito abaixo dos 70%, devido a presença do termo ‘alimentos complementares’ que poderia ser de difícil compreensão para os entrevistados. Para facilitar o entendimento, este termo foi substituído por ‘outros alimentos além do leite’ na questão 77, por ‘refeições de sal’ na questão 83 e por ‘refeições com alimentação da família’ na questão 84.

Os questionamentos de número 78 a 82 obtiveram baixos percentuais de concordância e importância, pois segundo os juízes, essas questões não respondiam ao Passo 3 e sua presença no instrumento era dispensável (Tabela 4). Como esse passo enfoca o número de refeições e não os alimentos oferecidos durante estas, houve uma transferência dessas perguntas para o Passo 2, que aborda o momento de introdução de alimentos na dieta da criança. Após a validação, foi acrescida ao Passo 3 uma questão referente aos grupos alimentares utilizados no preparo da papa salgada da criança.

Tabela 4: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes ao Passo 3 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza				Associação				Resposta				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	37,5	5	62,5	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5
2	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	3	37,5	5	62,5	6	75,0	2	25,0
3	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	5	62,5	3	37,5	6	75,0	2	25,0
4	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	5	62,5	3	37,5	6	75,0	2	25,0
5	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	5	62,5	3	37,5	6	75,0	2	25,0
6	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	5	62,5	3	37,5	6	75,0	2	25,0
7	6	75,0	2	25,0	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
8	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0
Geral	56	87,5	8	12,5	56	87,5	8	12,5	44	68,8	20	31,3	53	82,8	11	17,2

Os Passos 4, 5 e 6 apresentaram percentuais de concordância acima de 70% na clareza, associação e resposta do item para cada passo, conforme evidenciado na tabela 5. Apesar de obterem percentuais de relevância adequados, a questão de número 89 foi suprimida por estar relacionada a outro questionamento, e suas opções foram acrescentadas nas perguntas correspondentes, como o item 87. Como obteve percentual inferior a 80% em relação a relevância pelos especialistas, a questão 92 foi retirada do formulário.

Tabela 5: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes aos Passos 4, 5 e 6 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza				Associação				Resposta				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
2	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
3	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
4	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
5	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
6	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
7	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
8	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	6	75,0	2	25,0
9	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
10	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
11	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
12	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
13	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
14	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
15	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5

16	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
17	6	75,0	2	25,0	7	87,5	1	12,5	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0
Geral	122	89,7	14	10,3	135	99,3	1	0,7	134	98,5	2	1,5	129	94,9	7	5,1

Após a avaliação dos juízes foram adicionadas algumas informações no formulário. No item 86 foi acrescentado ‘durante a refeição’ ao final da pergunta para determinar o momento de satisfação da criança. Na questão 94 foram acrescidas as opções ‘punição’ e ‘prêmio’ para abranger mais comportamentos diante da não aceitação da refeição, mantendo a opção ‘outros’ para não restringir respostas. A pergunta 98 foi reformulada, passando a ser ‘o que usava para oferecer suco?’. A questão 101 foi uma das que gerou mais sugestão pelos juízes pela forma como estava escrita, pois não havia ficado claro como seria o método de classificação da diversidade alimentar. Com o objetivo de facilitar a compreensão, foi construído um anexo para o formulário, que consistiu em um recordatório alimentar de 24 horas, que possibilitava a categorização posterior em relação à dieta.

O Passo 7 obteve percentuais de concordância dos juízes acima de 70% (Tabela 6). A presença das questões 102 a 104 foi dispensável, de acordo com a avaliação dos especialistas. Porém, como o enfoque desse passo no manual trata-se do consumo diário de frutas, verduras/hortaliças e legumes, sua presença no instrumento foi mantida.

Tabela 6: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes ao Passo 7 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza				Associação				Resposta				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	6	75,0	2	25,0
2	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	6	75,0	2	25,0
3	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5	6	75,0	2	25,0
4	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
6	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
7	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
8	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
Geral	54	84,4	10	15,6	64	100,0	0	0,0	61	95,3	3	4,7	58	90,6	6	9,4

A expressão ‘com que frequência’ contida nas questões 102 a 104 foi substituída por ‘quantas vezes’ a fim de que houvesse melhor compreensão pelos entrevistados. Após a validação, foi adicionado outro questionamento ao Passo 7, que investigava o consumo dos grupos alimentares supracitados pelos pais, considerando o papel da influência parental no processo de formação de hábitos alimentares.

O Passo 8 apresentou níveis de concordância em relação a clareza acima de 70%, exceto para a questão 114, devido a palavra ‘embutido’. Para facilitar o entendimento foram incluídos os alimentos aos quais se referia a pergunta, para que o entrevistador utilizasse como exemplo. Quanto a relevância, os especialistas julgaram desnecessária a presença do item 110 no questionário, visto que os alimentos aos quais se referia a pergunta estavam dispostos logo em seguida, porém a presença da questão no formulário foi mantida para fins de facilitar a análise (Tabela 7). A sugestão dos especialistas para este passo consistiu basicamente na categorização dos alimentos para facilitar no momento da entrevista.

Tabela 7: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes ao Passo 8 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza				Associação				Resposta				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	6	75,0	2	25,0
2	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
3	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
4	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
5	5	62,5	3	37,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
6	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
7	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
8	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
9	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
10	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
11	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
12	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
13	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
14	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
15	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5

16	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
17	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
18	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
19	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
20	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
21	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
22	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
23	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
24	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
25	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
Geral	193	96,5	7	3,5	200	100,0	0	0,0	200	100,0	0	0,0	175	87,5	25	12,5

O Passo 9 teve percentuais de concordância e relevância adequados, conforme avaliação dos juízes (Tabela 8). As sugestões dos especialistas direcionaram-se para reformulação das questões, de modo que não induzisse as respostas dos participantes. Na questão 135, onde lia-se ‘quando acha que é importante lavar as mãos?’ passou por modificações para que o entrevistado entendesse o questionamento no contexto de situação, passando a ser lido ‘em que situação você lavava as mãos?’.

Tabela 8: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes ao Passo 9 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza				Associação				Resposta				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
2	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
3	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
4	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
6	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
Geral	39	81,3	9	18,8	48	100,0	0	0,0	48	100,0	0	0,0	48	100,0	0	0,0

As questões 136 e 137 abordavam os participantes sobre a higienização de utensílios, frutas e verduras; para melhor adequação do instrumento às sugestões dos juízes, foram modificados os itens de modo que a mãe ou cuidador respondesse se esse processo era realizado e de que forma o mesmo acontecia. Na questão 138, os especialistas sugeriram adequar as palavras presentes nas opções à linguagem regional, portanto, para melhorar a compreensão, a opção ‘despreza’ foi substituída pelo termo ‘joga fora’ e foram acrescentadas as opções ‘outra pessoa come’ e ‘guarda no forno/fogão’. No item 139 foram adicionadas as mesmas opções do item 138. A questão 140 foi distribuída em duas questões que abordavam a água oferecida à criança e aquela utilizada no preparo das refeições.

Com relação ao Passo 10, os itens do questionário apresentaram percentuais de concordância e relevância acima do que foi adotado neste estudo, com poucas sugestões pelos especialistas (Tabela 9). Como esse passo aborda a alimentação da criança em situações de adoecimento, houve uma alteração das questões para incluir as particularidades da dieta durante o período. A questão 141 foi substituída por ‘que alimentos oferecia?’, enquanto que a pergunta 142 foi retirada devido a utilização do termo ‘nocivos/prejudiciais’ e a indução que a pergunta apresentava. Foram adicionadas ao instrumento as perguntas 150 ‘qual era a consistência dos alimentos oferecidos’, 151 ‘quando a criança estava doente e não aceitava a comida, o que a senhora fazia’ e 152 ‘a criança recebe a refeição em um prato individual?’

Tabela 9: Clareza, Associação, Resposta e Associação dos itens referentes ao Passo 10 do Formulário de Investigação da Alimentação Complementar, Recife, PE, Brasil, 2016.

Item	Clareza				Associação				Resposta				Relevância			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
2	6	75,0	2	25,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
3	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
4	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
5	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
Geral	35	87,5	5	12,5	40	100,0	0	0,0	40	100,0	0	0,0	39	97,5	1	2,5

APÊNDICE H

Procedimento operacional padrão formulário I

A caracterização dos participantes do estudo será realizada pela aplicação do formulário I, construído para este estudo.

No início da entrevista, o entrevistador deverá apresentar-se ao participante e explicar o objetivo do estudo, convidando-o a participar da pesquisa. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, será realizada a entrevista com a mãe/cuidador da criança.

É importante que o entrevistador não induza nenhuma resposta do participante. As perguntas deverão ser feitas pelo seu enunciado, deixando que o participante responda livremente. O pesquisador deverá ler pausadamente as questões, assinalando a escolhida pelo participante. É necessário que seja informado ao participante que não existem respostas certas ou erradas. Cada item do formulário deverá ser respondido com as opções que constam no mesmo, e, em caso de outras respostas, o entrevistador deverá assinalar a opção “outros” e especificar o que foi respondido pelo entrevistado.

Para o preenchimento dos dados referentes a gestação da criança selecionada para pesquisa e dados da criança menor de dois anos selecionada para a pesquisa, o entrevistador deverá solicitar o cartão da gestante e o resumo de alta da criança, respectivamente. Quando este não estiver disponível, verificar se há dados referentes ao nascimento na Caderneta de Saúde da Criança.

No item 5 do formulário I onde lê-se “chefe da família” o entrevistador deverá perguntar: Quem é o responsável por sustentar financeiramente a casa?

APÊNDICE I

Procedimento operacional padrão formulário II – questionário de investigação da alimentação complementar

A investigação da introdução da alimentação complementar será realizada por meio de formulário II, construído e validado para este estudo. Cada item possui opções de respostas e, em alguns itens, há a opção outros, para investigar respostas não contemplados no questionário.

Antes de aplicá-lo, informe ao participante que a partir desse momento da entrevista serão abordados tópicos referentes ao processo de introdução da alimentação complementar da criança selecionada para este estudo por meio de um recordatório alimentar. É necessário que seja informado ao entrevistado que não existem respostas certas ou erradas.

Para as questões correspondentes ao **Passo 1**, é necessário que o entrevistador (a) compreenda os conceitos de aleitamento materno adotados pelo Ministério da Saúde (MS) ¹⁴:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, sem outros líquidos ou sólidos, exceto medicações;
- Aleitamento materno predominante ou total: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água;

Para as questões referentes ao **Passo 2**, é necessário que o entrevistador (a) compreenda que, conforme o MS, a alimentação complementar é toda aquela oferecida em complemento ao leite materno e que deve ser iniciada aos seis meses de vida, devido ao aumento das necessidades nutricionais da criança.

Os alimentos complementarem devem respeitar a característica local e a identidade cultural de uma determinada região. Alimentos regionais são aqueles cultivados em uma determinada região e disponíveis em maiores quantidades em determinado estação do ano, como por exemplo, arroz, feijão, batata, macaxeira, inhame, banana comprida, caju, etc. Durante esse questionamento, o entrevistador poderá utilizar figuras demonstrativas desses alimentos para que a mãe/cuidador indique quais foram introduzidos na dieta da criança.

Na questão de número 80, durante a entrevista deve ser realizada a pergunta da seguinte forma: “Com que idade a criança começou a receber a alimentação que você come?”.

Figura 1 - Dez Passos para uma Alimentação Saudável em crianças menores de dois anos⁶², Recife, PE, Brasil, 2016.

Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento
Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais
Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno
Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança
Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família
Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida
Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições
Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação
Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados
Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: Brasil, 2013, p. 7

Figura 2 – Esquema para introdução dos alimentos complementares, Recife, PE, Brasil, 2016.

Idade	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite Materno, papa de fruta*, papa salgada*
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada*
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

Fonte: Adaptação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006)

Fonte: Brasil, 2013, p. 16

Figura 3 – Grupos de alimentos utilizados na alimentação infantil, Recife, PE, Brasil, 2016.

Cereais, tubérculos	Exemplos: arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame.
Leguminosas	Exemplos: feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico.
Legumes, verduras e frutas	Exemplos: folhas verdes, laranja, abóbora/jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga.
Carnes ou ovo	Exemplos: frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras.

Fonte: Brasil, 2013, p. 19

O **Passo 3** refere-se ao número de refeições oferecidas à criança por faixa etária. Nos questionamentos de número 82 a 85 o entrevistador deverá esperar que a mãe/cuidador responda e contabilizar o número de refeições. Se o entrevistado apresentar dificuldade para lembrar o número de refeições, o entrevistador deverá citar alguma das opções de modo a estimular uma resposta que trate do quantitativo aproximado de refeições ingeridas pela criança.

O número de refeições com alimentos complementares deve aumentar com a idade da criança⁶².

Figura 4 – Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida das crianças amamentadas, Recife, PE, Brasil, 2016.

Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
Leite Materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: Brasil, 2013, p. 20

Figura 5 – Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida das crianças não amamentadas, Recife, PE, Brasil, 2016.

	Menores de 4 meses	De 4 a 8 meses	Após completar 8 meses	Após completar 12 meses
Alimentação láctea		Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
		Papa de Fruta	Fruta	Fruta
		Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
		Papa de Fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou cereal ou tubérculo
		Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
		Leite	Leite	Leite

Obs.1 - Se a criança estiver recebendo fórmula infantil, não há necessidade de suplementação com ferro e vitaminas, porque já são enriquecidas. Fórmulas infantis são os leites industrializados próprios para o lactente.

Obs.2 - Se a criança estiver recebendo preparação com leite de vaca integral em pó ou fluido, seguir o seguinte esquema: com 2 meses – suplementação com vitamina C (30mg/dia) - suco de fruta ou suplemento medicamentoso; na idade de 2 a 3 meses – suplementação com ferro (1 a 2mg por kg de peso/dia) até que a alimentação complementar seja introduzida e supra as necessidades desses minerais.

Fonte: Brasil, 2013, p. 37

Para os questionamentos relacionados aos **Passos 4, 5 e 6**, o entrevistador deverá entender que alimentação variada é toda aquela rica em frutas, legumes e verduras e que dieta monótona refere-se ao oferecimento repetitivo dos alimentos várias vezes ao dia ou durante a semana. Quando o entrevistador perguntar sobre a consistência dos alimentos ele pode utilizar exemplos de oferecimento (ex.: papas, purês, etc).

Na questão 92 explicar ao entrevistado que a disposição de alimentos é em utensílios (ex.: prato, recipiente, etc). Na questão 95 perguntar que utensílios a mãe utilizava para dar comida a criança.

Para os questionamentos referentes ao recordatório alimentar da idade atual da criança presentes na questão 101, o entrevistador deve mostrar novamente as figuras com desenhos dos alimentos e informar à mãe/cuidador que mais de uma opção pode ser respondida, devendo ser anotado tudo o que for dito pelo participante. Em caso de a mãe/cuidador citar mais de uma opção do mesmo grupo alimentar, todos os alimentos referidos devem ser anotados.

No **Passo 7** se o entrevistado apresentar dificuldade para lembrar o número de alimentos por grupo, o entrevistador deverá citar alguma das opções de modo a estimular uma resposta que trate do quantitativo aproximado de refeições ingeridas pela criança.

No **Passo 8** deverão ser apresentadas novamente as figuras para que o entrevistado visualize e responda. Na questão 117 onde tem refresco em pó, o entrevistador deverá ler Kisuki[®], que é um termo amplamente conhecido na região da pesquisa. Na questão 121 onde tem enlatados e embutidos o entrevistador deverá citar os exemplos entre parênteses para os entrevistados.

No **Passo 9**, as perguntas devem ser mais direcionadas a mãe/cuidador como por exemplo, “quando você está cuidando do seu filho/da criança, em que situação você lava as mãos?”

APÊNDICE J

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido a Sr^a para participar, como voluntária, da pesquisa “**PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL EM MENORES DE UM ANO**”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Nayara Francisca Cabral de Sousa, que poderá ser encontrada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Anexo A do Hospital das Clínicas da UFPE, Cidade Universitária, CEP: 50670-901 Telefone: 2126-8566 e e-mail nayarafcossousa@gmail.com. Também participam também desta pesquisa a pesquisadora: Luciana Pedrosa Leal Telefone: 2126-8566.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano, por meio de um recordatório realizado com mães/cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, acompanhadas pela Estratégia da Saúde da Família no Distrito Sanitário IV na cidade do Recife.

A senhora participará voluntariamente de entrevista com os pesquisadores da equipe na companhia e um agente comunitário de saúde. Serão aplicados dois questionários contendo informações socioeconômicas e demográficas, seus antecedentes gestacionais, dados familiares e da criança e características do aleitamento materno do seu último filho, dados de alimentação e medidas de peso e comprimento de seu último filho.

Cada entrevista durará, em média, de 30 minutos e a senhora dará informações sobre a alimentação oferecida a seu filho. Sua identidade será preservada, de modo que apenas a pesquisadora saberá que o questionário foi respondido pela senhora.

Os riscos de sua participação na pesquisa estão relacionados ao constrangimento ao responder algumas perguntas e, talvez, o cansaço e desconforto durante as entrevistas.

O benefício imediato está relacionado a identificação das práticas alimentares inadequadas em lactentes, e a devolutiva dessas informações ao responsável.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de entrevistas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

A qualquer momento, se assim o desejar, terá acesso às informações sobre os procedimentos relacionados a pesquisa, inclusive para o esclarecimento de possíveis dúvidas que surgirem.

Os dados do estudo serão codificados, de modo a preservar a sua identidade durante a condução da pesquisa e após a conclusão, quando o estudo for publicado em eventos ou revistas científicas.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

O (a) senhor (a) tem direito de sair da pesquisa, retirando este termo de consentimento, a qualquer momento, se assim desejar, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo na sua assistência à saúde na rede pública ou particular.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n, 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.; (81) 21268588 ou pelo e-mail: cepccs@ufpe.br.

Nayara Francisca Cabral de Sousa

CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
R.G.: _____, C.P.F.: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL EM MENORES DE UM ANO**”, como voluntário. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção no acompanhamento/assistência de meu filho (a).

Recife, __/__/____

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da genitora para participar o estudo.

TESTEMUNHAS

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE K

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**Termo de Assentimento Livre e Esclarecido**

Convidamos você, após autorização dos seus pais ou dos responsáveis legais, para participar como voluntária da pesquisa: **“PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL EM MENORES DE UM ANO”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Nayara Francisca Cabral de Sousa, que poderá ser encontrada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Anexo A do Hospital das Clínicas da UFPE, Cidade Universitária, CEP: 50670-901, Telefone: 2126-8566, e-mail nayarafcsousa@gmail.com. Também participam também desta pesquisa a pesquisadora Luciana Pedrosa Leal Telefone: 2126-8566.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guarda-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano, por meio de um recordatório realizado com mães/cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, acompanhadas pela Estratégia da Saúde da Família no Distrito Sanitário IV na cidade do Recife.

Você participará voluntariamente de entrevista com os pesquisadores da equipe na companhia e um agente comunitário de saúde. Serão aplicados dois questionários contendo informações socioeconômicas e demográficas, seus antecedentes gestacionais, dados familiares e da criança e características do aleitamento materno do seu último filho, dados de alimentação e medidas de peso e comprimento de seu último filho.

Cada entrevista durará, em média, de 30 minutos e a senhora dará informações sobre a alimentação oferecida a seu filho. Sua identidade será preservada, de modo que apenas a pesquisadora saberá que o questionário foi respondido pela senhora.

Os riscos de sua participação na pesquisa estão relacionados ao constrangimento ao responder algumas perguntas e, talvez, o cansaço e desconforto durante as entrevistas.

O benefício imediato está relacionado a identificação das práticas alimentares inadequadas em lactentes, e a devolutiva dessas informações ao responsável.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre

os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de entrevistas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Os dados do estudo serão codificados, de modo a preservar a sua identidade durante a condução da pesquisa e após a conclusão, quando o estudo for publicado em eventos ou revistas científicas.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhuma despesa ou prejuízo à saúde.

Você tem direito de sair da pesquisa, retirando este termo de consentimento, a qualquer momento, se assim desejar, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo na sua assistência à saúde na rede pública ou particular.

Nem você e nem seus pais ou responsáveis legais pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n, 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.; (81) 21268588 ou pelo e-mail: cepccs@ufpe.br.

Nayara Francisca Cabral de Sousa

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL EM MENORES DE UM ANO**”, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Recife, __/__/____

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da genitora para participar o estudo.

TESTEMUNHAS

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE L

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**Termo de consentimento livre e esclarecido para responsável legal pelo menor de 18 anos**

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **“PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL EM MENORES DE UM ANO”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Nayara Francisca Cabral de Sousa, que poderá ser encontrada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Anexo A do Hospital das Clínicas da UFPE, Cidade Universitária, CEP: 50670-901, Telefone: 2126-8566, e-mail nayarafcsousa@gmail.com. Também participam também desta pesquisa a pesquisadora Luciana Pedrosa Leal Telefone: 2126-8566.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guarda-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano, por meio de um recordatório realizado com mães/cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, acompanhadas pela Estratégia da Saúde da Família no Distrito Sanitário IV na cidade do Recife.

Você participará voluntariamente de entrevista com os pesquisadores da equipe na companhia e um agente comunitário de saúde. Serão aplicados três questionários contendo informações socioeconômicas e demográficas, seus antecedentes gestacionais, dados familiares e da criança e características do aleitamento materno do seu último filho, dados de alimentação e medidas de peso e comprimento de seu último filho.

Cada entrevista durará, em média, de 30 minutos e a senhora dará informações sobre a alimentação oferecida a seu filho. Sua identidade será preservada, de modo que apenas a pesquisadora saberá que o questionário foi respondido pela senhora.

Os riscos de sua participação na pesquisa estão relacionados ao constrangimento ao responder algumas perguntas e, talvez, o cansaço e desconforto durante as entrevistas.

O benefício imediato está relacionado a identificação das práticas alimentares inadequadas em lactentes, e a devolutiva dessas informações ao responsável.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de entrevistas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Os dados do estudo serão codificados, de modo a preservar a sua identidade durante a condução da pesquisa e após a conclusão, quando o estudo for publicado em eventos ou revistas científicas.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhuma despesa ou prejuízo à saúde.

Você tem direito de sair da pesquisa, retirando este termo de consentimento, a qualquer momento, se assim desejar, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo na sua assistência à saúde na rede pública ou particular.

Nem você e nem seus pais ou responsáveis legais pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n, 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.; (81) 21268588 ou pelo e-mail: cepccs@ufpe.br.

Nayara Francisca Cabral de Sousa

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“PRÁTICAS MATERNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL EM MENORES DE UM ANO”**, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Recife, __/__/____

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da genitora para participar o estudo.

TESTEMUNHAS

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de Avaliação do Rigor Metodológico das Publicações Seleccionadas

Questões	Considerações	
1) O objetivo está claro e justificado?	☐ Explicita objetivo ☐ Explicita relevância do estudo Comentários:	☐ Sim ☐ Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	☐ Há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	☐ Sim ☐ Não
3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	☐ Há justificativa da escolha do referencial, método ☐ Explicita os procedimentos metodológicos Comentários:	☐ Sim ☐ Não
4) A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?	☐ Explicita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo Comentários:	☐ Sim ☐ Não
5) A coleta de dados está detalhada?	☐ Explicita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) ☐ Explicita o uso de instrumento para coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	☐ Sim ☐ Não
6) A relação entre o pesquisador e pesquisados foi considerada?	☐ O pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção de amostra, na formulação de perguntas) ☐ Descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	☐ Sim ☐ Não
7) Os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	☐ Há uma menção de aprovação por comitê de ética ☐ Há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	☐ Sim ☐ Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os teste estatísticos?	☐ Explicita o processo de análise ☐ Explicita como as categoria de análise foram identificadas ☐ Os resultados refletem os achados Comentários:	☐ Sim ☐ Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com propriedade?	☐ Explicita os resultados ☐ Dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores ☐ Os resultados são analisados à luz da questão do estudo	☐ Sim ☐ Não

	Comentários:	
10) Qual o valor da pesquisa?	☐ Explicita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) ☐ Indica novas questões de pesquisa Comentários:	☐ Sim ☐ Não

Adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de Habilidades em Leitura Crítica©. Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Resultado: Nível A () Nível B ()

(Adaptado de Toledo, 2008, p. 109) ⁶⁰

ANEXO B

Parecer consubstanciado do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanas		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-													
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP															
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA															
Título da Pesquisa: PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO															
Pesquisador: Luciana Pedrosa Leal															
Área Temática:															
Versão: 1															
CAAE: 43745015.2.0000.5208															
Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE															
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio															
DADOS DO PARECER															
Número do Parecer: 1.052.807															
Data da Relatoria: 06/05/2015															
Apresentação do Projeto:															
Trata-se de Projeto de Pesquisa da Profª. Drª Luciana Pedrosa Leal (Responsável), que dará origem a duas dissertações das mestrandas Nayara Francisca Cabral de Sousa e Suenen Marques Chaves e dois trabalhos de IC das graduandas Rafaela da Silva Ferreira e Márcia de Souza Gomes.															
Objetivo da Pesquisa:															
PRIMÁRIO - Avaliar a introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano.															
SECUNDÁRIO:															
1. Avaliar as práticas maternas na introdução da alimentação complementar, de acordo com as recomendações dos dez passos para alimentação saudável em crianças menores de um ano.															
2- Investigar a prática de mães/cuidadores na introdução da alimentação complementar de crianças menores de um ano.															
3- Verificar a associação entre as variáveis socioeconômicas, habitacionais, maternas, de saúde da criança, assistência e estratégias educativas com a introdução da alimentação complementar.															
4- Investigar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo.															
5- Investigar a alimentação atual da criança.															
6 -Verificar a associação das práticas maternas na introdução da alimentação complementar e o estado nutricional de crianças maiores de um ano.															
7- Averiguar a situação alimentar de lactentes no sexto e sétimo mês de vida, período inicial da															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cidade Universitária</td> <td>CEP: 50.740-800</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PE</td> <td>Município: RECIFE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (81)2126-8586</td> <td>E-mail: cepco@ufpe.br</td> <td></td> </tr> </table>				Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS			Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-800		UF: PE	Município: RECIFE		Telefone: (81)2126-8586	E-mail: cepco@ufpe.br	
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS															
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-800														
UF: PE	Município: RECIFE														
Telefone: (81)2126-8586	E-mail: cepco@ufpe.br														

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.052.807

transição alimentar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e estão relacionados a algum tipo de constrangimento que os participantes poderão sofrer durante o preenchimento dos questionários, sem que isto lhes traga prejuízos de ordem física, psíquica ou social em qualquer fase da pesquisa. Os riscos serão minimizados com a escolha do local para entrevista pelo participante e a preservação de identidade do mesmo. Finalizado o preenchimento, as informações sobre a situação alimentar dos lactentes serão repassadas à equipe responsável pela área descrita, para realização das medidas cabíveis (orientação nutricional).

BENEFÍCIOS: Os benefícios estão relacionados ao conhecimento da realidade da alimentação complementar na área estudada, fornecendo subsídios para o planejamento futuro de atividades educativas relacionadas a esta temática. Como benefício imediato, há a identificação das práticas alimentares inadequadas em lactentes, e a devolutiva dessas informações ao responsável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo transversal será desenvolvido nas unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE. A amostra será constituída por 270 crianças de 12 a 24 meses e 29 dias, faixa etária delimitada para minimizar o viés recordatório. Serão excluídas as crianças cujas genitoras ou responsáveis apresentem dificuldades em compreender as questões contidas nos instrumentos do estudo. Para obtenção dos dados referentes a introdução da alimentação alimentar e seus fatores associados, serão aplicados dois questionários, dos quais um consta de dados socioeconômicos e o outro sobre as práticas alimentares em crianças maiores de um ano. Um formulário III conterá dados antropométricos (peso e estatura) para avaliar o estado nutricional das crianças. Como o formulário II foi construído para atender as necessidades deste estudo, o mesmo será submetido a um processo de validação para assegurar sua eficiência na medição daquilo a que ele se propõe, sendo necessária a participação de, no mínimo, seis juízes com experiência na temática de alimentação infantil. Neste estudo serão selecionados e convidados através de contato eletrônico, 10 especialistas identificados por meio da Plataforma Lattes e pela indicação dos experts de outros estudiosos na temática da alimentação infantil. Para avaliar a concordância dos juízes acerca do instrumento e seus itens será calculado o Índice de Validade do Conteúdo. Após a validação, será realizado um estudo piloto com as mães/cuidadores de crianças menores de um ano, com o objetivo de fazer alterações que se mostrarem necessárias para melhor compreensão do instrumento, antes do início da pesquisa. As entrevistas serão realizadas por uma equipe de entrevistadores previamente capacitados, composta por uma mestrande e alunos do

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.052.807

curso de graduação em Enfermagem da UFPE, conforme agendamento prévio com as mães, do dia, hora e local para a entrevista, que poderá ser realizada após a consulta de puericultura na USF ou por meio de visita domiciliar na companhia do agente comunitário de saúde, de acordo com a disponibilidade das mães ou responsáveis. Nesse encontro será solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e preenchimento dos instrumentos da pesquisa. A pesquisa apresenta relevância científica, boa fundamentação teórica e metodologia adequada aos seus objetivos, critérios de participação bem definidos, cronograma e orçamentos exequíveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.052.807

Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 07 de Maio de 2015

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO C

Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Luciana Pedrosa Leal, Marly Javorski, Cleide Maria Pontes, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Nayara Francisca Cabral de Sousa, Suenen Marques Chaves, Rafaela da Silva Ferreira, Gutembergue Aragão dos Santos, Theresa Priscilla Calado de Barros Gonçalves e Rafaela Greice da Silva** pesquisadores Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário IV da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Práticas Alimentares em Crianças Menores de um Ano", sendo orientados por Luciana Pedrosa Leal.

- Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 27 de março de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.985-8