

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Nutrição

Disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso 2

Orientadora: Karin Eleonora de Oliveira Sávio

Co-orientadora: Rita de Cássia Coelho de Almeida Akutsu

Perfil nutricional de crianças menores de cinco anos que frequentaram um berçário institucional

Andressa Gomes Barros Felizola

10/0092985

Brasília – DF, 2014

Perfil nutricional de crianças menores de cinco anos que frequentaram um berçário institucional

Nutritional status of children under five years old who attended an institutional nursery

Short title: Perfil nutricional de crianças / Nutritional status of children

Autores:

- Andressa Gomes Barroa Felizola: Nutricionista, Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- Rita de Cássia Coelho de Almeida Akutsu: Professora Adjunta, Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- Amanda Branquinho Silva: Aluna de pós-graduação.
- Karin Eleonora de Oliveira Sávio: Professora Adjunta, Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Instituição: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição.

Contatos pré-publicação

Andressa Gomes Barros Felizola. **Endereço:** Rua 25 sul lote11 Edifício Sagres apartamento 401, Águas Claras. **CEP:** 71927-180. Brasília – DF. **Telefone:** (61) 8278-3773. **E-mail:** andressagbarros@gmail.com

Contribuição dos autores

- Andressa Gomes Barros Felizola: concepção do projeto, interpretação dos resultados e redação do artigo.
- Rita de Cássia Coelho de Almeida Akutsu: concepção e desenho do projeto e revisão final do artigo
- Amanda Branquinho Silva: concepção e desenho do projeto e revisão final do artigo
- Karin Sávio: concepção e desenho do projeto e revisão final do artigo.

RESUMO

Objetivo:

Avaliar o perfil nutricional de crianças menores de cinco anos que frequentaram um berçário institucional no Distrito Federal.

Métodos:

A amostra foi composta por crianças que frequentaram o berçário institucional entre março de 2010 e dezembro de 2013. Foram analisados dados socioeconômicos, ambientais, demográficos, biológicos e antropométricos das mães e das crianças e aplicado um Questionário de Frequência Alimentar para analisar o consumo alimentar infantil. Para avaliação da qualidade global da dieta, foi utilizado um escore baseado no *Recommended Foods Score* (Contagem de Alimentos Recomendados).

Resultados:

A amostra foi composta por 26 mães e 28 crianças. Quanto às mães, 67,9% estavam na faixa etária de 31 a 40 anos, 67,9% eram pós-graduadas, 85,7% recebiam mais de 10 salários, 75% eram casadas, 85,7% eram eutróficas e 14,3% com sobrepeso. A média de idade das crianças foi de 29,44 meses ($\pm 14,18$), 67,9% permaneceram em aleitamento materno exclusivo até 6 meses e 50% foram desmamadas entre 12 e 15 meses. 88,9% das crianças estavam eutróficas e 11,1%, com risco de sobrepeso. 28,6% apresentaram consumo de açúcares e bebidas açucaradas acima da recomendação, 32,2%, consumo de frutas abaixo do recomendado e 67,9%, consumo de hortaliças abaixo do recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. 10,7% realizavam as refeições assistindo à televisão quase sempre e 21,4%, nunca. A nota média da dieta foi $23,25 \pm 2,31$ pontos de um total de 28.

Conclusão:

A frequência a um berçário institucional pode contribuir de forma positiva para o estado nutricional e os hábitos alimentares da criança.

Termos de indexação:

Perfil nutricional; Crianças; Consumo de alimentos; Antropometria e Berçários institucionais.

INTRODUÇÃO

Um número cada vez maior de crianças precisa passar parte do tempo em berçários ou creches. No Brasil, do ano 2000 para 2010 houve um aumento de 14% na frequência de crianças de 0 a 3 anos e 28,7% de crianças de 4 e 5 anos em creches¹. Isso decorre possivelmente, dentre outros fatores, da crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Nesse contexto, o berçário e a creche ganham especial destaque, pois é nos primeiros anos de vida que os hábitos alimentares são estabelecidos. Eles são influenciados por diversos fatores de caráter genético, ambiental e psicológico que estão sujeitos a modificações. Existem predisposições genéticas para preferências por certos alimentos em detrimento de outros, porém as experiências durante as fases da vida são capazes de moldá-las².

Há muitos fatores que contribuem para a definição dos hábitos alimentares como a aleitamento materno, introdução alimentar, influência dos pais, contexto social e afetivo e a influência da mídia³. O foco deste trabalho contemplará o aleitamento materno, o consumo alimentar e o estado nutricional.

O aleitamento materno é recomendado por dois anos ou mais para a criança e deve ser exclusivo até os seis meses. O aleitamento materno exclusivo (AME) é suficiente para suprir as necessidades nutricionais e imunológicas, além de contribuir para aumentar o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, favorecer o ganho de peso adequado e prevenir diversas infecções, doenças e mortes infantis⁴.

Segundo a pesquisa sobre Aleitamento Materno nas Capitais Brasileira⁵, a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no Distrito Federal foi de 50% e do aleitamento materno complementar até um ano, de 65,4%. A pesquisa também revela uma progressão em relação à prevalência do aleitamento materno exclusivo de 1999 a 2008. No Distrito Federal, em 1999, a mediana era de 45 dias; em 2008, houve uma elevação para 77,7 dias, ou seja, a evolução foi de 72,67%⁶.

Além disso, o aleitamento materno tem a capacidade de transmitir sabores provenientes dos alimentos ingeridos pela mãe, favorecendo uma melhor aceitabilidade posterior dos alimentos pela criança. Sendo assim, se as escolhas da mãe forem saudáveis, a criança terá mais facilidade de aceitar tais alimentos⁷.

Após os seis meses de idade, as necessidades nutricionais da criança mudam, tornando-se necessária a introdução complementar de uma alimentação saudável e adequada com o intuito de suprir tais demandas⁴. Este é um momento importante na vida da criança, pois contribuirá para a formação de seus hábitos

alimentares, seu crescimento e desenvolvimento. O profissional que acompanha esse processo tem o papel de enfatizar a relevância dessa fase e dar apoio e orientação necessária para que a adesão das mães seja a maior possível⁸.

No Brasil, o consumo alimentar de crianças de 6 a 59 meses é caracterizado pela alta ingestão de alimentos ricos em gorduras, sal e açúcar como refrigerantes, salgadinhos, frituras e doces. Em paralelo, é baixo o consumo de alimentos saudáveis como hortaliças, vegetais e carne⁹.

Esses dados confirmam a ocorrência da transição alimentar e nutricional que vem ocorrendo no mundo. Houve uma mudança tanto no padrão alimentar quanto no estado nutricional da população. Se antes o cenário principal era a desnutrição, agora a preocupação é com o sobrepeso e a obesidade. A transição nutricional é caracterizada pelo consumo elevado de alimentos com alta densidade energética, mas pobres em nutrientes, em detrimento da baixa ingestão de alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais como frutas, hortaliças e alimentos integrais, além da diminuição da prática de exercícios físicos. Como consequência, é possível observar o desenvolvimento de doenças relacionadas a carências ou distúrbios nutricionais, como anemia e deficiência de vitaminas e minerais, além do aumento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão e obesidade¹⁰.

Também contribui para a formação dos hábitos alimentares e consequentemente no estado nutricional a influência da mídia sobre as crianças. A televisão, por meio de propaganda e anúncios, influencia a escolha do alimento pela criança, estimulando o consumo de alimentos industrializados que, em regra, têm alto teor calórico, são ricos em açúcar e gordura, além de baixa concentração de vitaminas e minerais¹¹. Por isso, é importante que elas não passem tempo excessivo em frente à televisão, mas dediquem tempo a brincadeiras e outras atividades lúdicas e educativas, pois, assim, além de aprenderem, estarão menos suscetíveis às influências negativas exercidas pela mídia e terão mais possibilidades de manterem o peso corporal e a saúde.

A combinação desses e de outros aspectos conduz à formação do perfil nutricional da criança, que é o que se pretende examinar no presente estudo, a partir da análise de crianças menores de cinco anos que frequentaram um berçário institucional em Brasília

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura com coleta de artigos nas bases de dados SciELO, Medline e LILACS considerando os anos de 2000 a 2014. Foram

utilizados os termos: aleitamento materno, consumo alimentar, influência da mídia e perfil nutricional. Foram selecionados artigos nas línguas inglesa e portuguesa. Inicialmente os artigos foram filtrados pela relevância do título; após isso, foram lidos os resumos e aqueles que tiveram informações pertinentes à revisão bibliográfica foram selecionados para leitura completa. Após a leitura completa, foram selecionados os artigos com relevância para integrarem a revisão. Agruparam-se então as informações semelhantes encontradas em cada um, a fim de se produzir um resumo crítico sobre cada tópico em questão.

Trata-se de um estudo transversal, em que o público alvo foi composto das mães com crianças menores de cinco anos que frequentaram um berçário institucional do Distrito Federal. O ingresso das crianças no berçário ocorreu por volta de quatro a seis meses de idade e o desligamento com um ano a um ano e três meses. A escolha do berçário foi por conveniência e a amostra foi universal. A amostra foi composta por crianças que frequentaram o berçário institucional escolhido no período de 1º de março de 2010 (quando o berçário foi inaugurado) até 20 de dezembro de 2013, período anterior ao início da coleta de dados, totalizando 77 mães e 82 crianças. No total, 66 mães receberam o e-mail, pois 11 e-mails retornaram para a caixa de mensagem.

Foram incluídas as crianças que frequentaram o berçário e cujas mães continuavam a trabalhar no órgão público. Como critério de exclusão, determinou-se que as mães que não trabalham mais na instituição não teriam seus filhos participantes na pesquisa.

O primeiro contato foi feito por e-mail, disponibilizado pela equipe do berçário, a fim de se explicar a pesquisa e convidar as mães para participarem do estudo de forma presencial ou via e-mail, de acordo com a preferência de cada uma.

O encontro presencial ocorreu dia 21 de fevereiro de 2014 na própria instituição. Foram enviados e-mails com antecedência (dia 06 de fevereiro) e foi mantido contato com as mães que preferiram o encontro presencial com o intuito de lembrá-las da data da coleta. 17 mães compareceram ao encontro presencial.

A coleta via e-mail foi realizada entre os dias 24 de fevereiro e 21 de março de 2014. Todas as orientações foram detalhadas e enviadas com os questionários, e eventuais dúvidas foram respondidas via e-mail. Nove mães participaram respondendo os questionários por e-mail.

Tanto presencialmente quanto via e-mail, foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido que explicava a pesquisa e garantia o sigilo da identidade dos participantes (Apêndice I). Após o aceite, foram entregues os instrumentos de coleta (dois questionários autoaplicáveis).

O primeiro questionário foi desenvolvido com o auxílio da equipe de nutricionistas do berçário local. Possuía 28 questões e as variáveis abordadas foram socioeconômicas (estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas residentes no domicílio), ambientais (se a criança costuma fazer as refeições assistindo à televisão), demográficas (idade materna, idade da criança, número de filhos), biológicas (tipo de parto, peso ao nascer, peso pré-gestacional, idade gestacional, recebimento de orientações sobre alimentação complementar) e antropométricas (peso e altura ao sair do berçário e atuais). Todas as questões eram objetivas ou possuíam um campo em branco para a mãe escrever o que era pedido, como peso e altura da criança (Apêndice II).

Para avaliação da adequação do questionário, antes de sua aplicação na instituição, foi realizado um teste piloto com 7 mães que não participariam da pesquisa, mas possuíam características semelhantes ao grupo estudado (idade, escolaridade, renda familiar e idade dos filhos). Não houve necessidade de alteração do material.

A avaliação do consumo alimentar habitual das crianças foi realizada por meio de um questionário de frequência alimentar (QFA) qualitativo validado para crianças de dois a cinco anos de idade. O QFA possui 57 itens alimentares, divididos em dez categorias, sendo elas: cereais (arroz, pão, batata frita, macarrão instantâneo); leguminosas; hortaliças; frutas (frutas em geral e suco de frutas); carnes e ovos; leite e derivados; açúcar e doces; salgados e preparações (pizza, misto quente, hambúrguer); bebidas açucaradas; e outros¹² (Anexo I).

Para a avaliação destes dados, foi utilizado um escore de alimentação saudável baseado no *Recommended Foods Score* (Contagem de Alimentos Recomendados – CAR), segundo o qual cada alimento da lista de alimentos recomendados utilizada equivaleria a um ponto. Esse método de pontuação foi desenvolvido por Kant *et al.*¹³, e McCullough *et al.*¹⁴, com o intuito de se verificar a qualidade global da dieta por meio de um QFA. A lista de alimentos recomendados foi composta por 28 alimentos, sendo portanto a pontuação máxima adquirida por cada criança equivalente a 28 pontos (Apêndice II).

No presente estudo, a Contagem de Alimentos Recomendados foi realizada segundo a metodologia desses autores e foi adaptada às recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁵, conforme mostra a Tabela 1, que é dividida em arroz, feijão, verdura, fruta, carne, leite e derivados, açúcar e doces, e óleos e gorduras. Para que a classificação fosse o mais fiel possível, o grupo de bebidas açucaradas do Questionário de Frequência Alimentar foi incluído no grupo de açúcares e doces.

Tabela1. Recomendação de porções diárias de alimentos por faixa etária segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁵.

Grupo alimentar	6 – 11 meses	1 – 3 anos	Pré-escolar	Adolescentes e adultos
Arroz	3	5	5	5 a 9
Feijão	1	1	1	1
Verdura	3	3	3	4 a 5
Fruta	4	3	4	4 a 5
Carne	2	2	2	1 a 2
Leite e derivados	Leite materno	3	3	3
Açúcar e doces	0	1	1	1 a 2
Óleos e gorduras	2	2	1	1 a 2

Como forma de agradecimento pela participação das mães, foi entregue um material desenvolvido com o auxílio da nutricionista do local contendo: orientações para uma alimentação saudável, proposta de cardápio de um mês e receitas saudáveis para oferecer de lanche para as crianças.

Os dados foram analisados por meio dos programas Excel®, AntrhoPlus (versão 1.0.4) e Statistical Package for the Social Sciences - SPSS® (versão 21) para análises estatísticas descritivas: medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão), além de classificação do estado nutricional.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, parecer nº 394.040 (Apêndice III).

RESULTADOS

O convite para participar da pesquisa foi enviado para 66 mães, das quais 26 responderam (39%), sendo nove respostas via e-mail e 17 presenciais. Dentre as participantes, duas possuíam dois filhos, totalizando 28 crianças.

A maioria das mães (67,9%) se encontra na faixa etária de 31 a 40 anos, 85,7% estão eutróficas e 14,3% com sobrepeso. Em relação ao tipo de parto e número de filhos, 75% tiveram parto cesáreo, 53,6% possuem apenas um filho e 28,6% possuem dois filhos. A maioria é casada (75%), possui pós-graduação (67,9%) e recebe mais de 10 salários mínimos mensais (85,7%).

A amostra das crianças teve a média de idade de 29,44 meses \pm 14,18, sendo 60,7% do sexo feminino. O tempo médio de permanência no berçário foi de 6,43 meses.

Permaneceram em aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses 67,9% das crianças; 50% foram desmamadas entre 12 e 15 meses e 7,1% foram desmamadas entre 21 e 24 meses (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de aleitamento materno, desmame e tipo de orientação para introdução alimentar em crianças que frequentaram um berçário institucional entre 2010 e 2013, Brasília/DF.

Variável	n	%
Permanência em AME		
AME até 1 mês	1	3,6
AME até 4 meses	2	7,1
AME até 5 meses	5	17,9
AME até 6 meses	19	67,9
AME por mais de 6 meses	1	3,6
Período de Desmame		
Desmame entre 3 e 6 meses incompletos	3	10,7
Desmame entre 6 e 9 meses incompletos	1	3,6
Desmame entre 9 e 12 meses incompletos	5	17,9
Desmame entre 12 e 15 meses incompletos	14	50,0
Desmame entre 15 e 18 meses incompletos	0	-
Desmame entre 18 e 21 meses incompletos	0	-
Desmame entre 21 e 24 meses incompletos	2	7,1
Desmame entre 24 e 27 meses incompletos	2	7,1
Desmame entre 27 e 30 meses incompletos	1	3,6
Orientou para introdução alimentar		
Pediatra	9	32,1
Nutricionista	9	32,1
Pediatra e Nutricionista	9	32,1
Familiares / amigos	1	3,6

Em relação ao estado nutricional, todas as crianças foram classificadas com peso e estatura adequados para a idade. 88,9% foram qualificadas como eutróficas e 11,1%, com risco de sobrepeso em relação à curva de peso por estatura¹⁶.

Os resultados obtidos do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) indicaram que a maioria das crianças estava com o consumo de cereais, leites e hortaliças abaixo do recomendado. 50% e 28,6% da amostra estavam com consumo acima do recomendado de leguminosas e do grupo de açúcares e bebidas açucaradas, respectivamente. 32,2% apresentaram consumo de frutas abaixo do recomendado (Tabela 3). Quanto ao consumo do grupo de salgados e preparações, foi verificado que quase 43% consumiam esses alimentos pelo menos uma vez ao dia. Além disso, foi verificado que 10,7% tinham hábito de realizar as refeições assistindo à televisão quase sempre e 53,5%, nunca ou raramente.

Tabela 3. Consumo atual dos grupos alimentares segundo o Questionário de Frequência Alimentar qualitativo de crianças que frequentaram um berçário institucional entre 2010 e 2013, Brasília/DF.

Variável	n	%
Consumo de Cereais		
Abaixo do recomendado	21	75
Adequado	2	7,1
Acima do recomendado	5	17,9
Consumo de Leguminosas		
Abaixo do recomendado	6	21,4
Adequado	8	28,6
Acima do recomendado	14	50,0
Consumo de Frutas		
Abaixo do recomendado	9	32,2
Adequado	8	28,6
Acima do recomendado	11	39,3
Consumo de Hortaliças		
Abaixo do recomendado	19	67,9
Adequado	6	21,4
Acima do recomendado	3	10,7
Consumo de Carnes e Ovos		
Abaixo do recomendado	7	28,6
Adequado	17	60,7
Acima do recomendado	4	7,1
Consumo de Leite e Derivados		
Abaixo do recomendado	16	57,1

Adequado	10	35,7
Acima do recomendado	2	7,1
Consumo de Açúcar, doces e Bebidas açucaradas		
Abaixo do recomendado	12	42,9
Adequado	8	28,6
Acima do recomendado	8	28,6

Quanto à pontuação para avaliar a qualidade global da dieta, foi observada uma média de $23,25 \pm 2,31$ pontos de um total de 28 pontos, o que indica que, de acordo com a metodologia utilizada, as crianças, de forma geral, possuem uma alimentação saudável.

DISCUSSÃO

O perfil das mães foi bem homogêneo, sendo semelhantes características como idade, escolaridade, renda familiar e estado civil. O alto nível de escolaridade e renda familiar das mães representa um fator positivo em relação à alimentação e ao estado nutricional dos filhos, pois quanto mais acesso à informação, mais fácil é o processo de educação e conscientização alimentar e nutricional, conforme observado no estudo de Castro *et al.*¹⁷, em que a escolaridade e a renda familiar se mostraram fatores que podem contribuir para a melhora do estado de saúde, de uma forma geral.

Em relação às características antropométricas das mães, constatou-se que a maioria foi classificada como eutrófica, enquanto 14,3% estavam com sobrepeso. Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar¹⁸, 48% das mulheres estava com sobrepeso, diferentemente dos dados apresentados nesta pesquisa, em que a maioria encontra-se com o estado nutricional adequado. Os dados socioeconômicos identificados na referida pesquisa de Castro *et al.*¹⁷ podem explicar, ao menos parcialmente, essa diferença entre os resultados do presente estudo e da Pesquisa de Orçamento Familiar¹⁸.

Quanto ao tipo de parto e número de filhos, foi constatado que a maioria das mães teve parto cesáreo (75%), número ainda menor do que o encontrado em estudo realizado em São Luís do Maranhão, segundo o qual 97,8% dos partos realizados em maternidades privadas foram cesáreos¹⁹. Já no Relatório Nacional de Acompanhamento de maio de 2014²⁰, verificou-se que quase 54% dos partos eram cesáreos, sendo que a Organização Mundial da Saúde²¹, recomenda que a porcentagem fique entre 5 a 15%, com o intuito de diminuir os riscos causados pela

realização indiscriminada de cesáreas. Sendo assim, o presente estudo apresenta percentual de cesáreas mais elevado do que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde²¹.

Em relação ao número de filhos, foi verificada maior prevalência de 1 filho por mulher. De acordo com o Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²², a fecundidade total no Brasil em 2010 chegou a 1,9 filho, ficando abaixo do nível de reposição da população, que seria de 2,1 filhos. Isso revela que a média do número de filhos apresentado na pesquisa está abaixo do recomendado para a reposição da população. Entretanto, a maioria das mulheres ainda encontram-se em período fértil, podendo vir a ter mais filhos tardiamente.

Os cruzamentos de dados realizados entre as mães e as crianças não geraram resultados com significância, o que pode se dever ao tamanho da amostra analisada. Mais estudos referentes a esses temas, com uma amostra maior, podem ser importantes para a análise de possíveis associações.

Quanto às crianças, foi observado um elevado número que permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, de modo semelhante ao encontrado na pesquisa sobre o Aleitamento Materno nas Capitais Brasileira⁵, em que 50% das crianças do Distrito Federal permaneceram em aleitamento exclusivo até os seis meses. Porcentagem diferente foi verificada no estudo de Brecaillo *et al.*⁴, realizado com 426 crianças entre 0 e 23,9 meses em famílias de baixa renda, em que 22,4% da amostra permaneceram em aleitamento materno exclusivo até os quatro meses e apenas 12,9% até os seis. Nesse mesmo estudo, foi verificado que as mães que trabalhavam fora de casa interrompiam mais precocemente o aleitamento exclusivo antes da criança completar o sexto mês de vida. Destacaram-se, na discussão do referido artigo, que a inexistência de creche no local de trabalho da mãe e a licença-maternidade inferior a seis meses foram fatores determinantes para o desmame precoce.

O estudo de Simon *et al.*²³, também mostrou que há maior risco de sobrepeso e obesidade em crianças que possuem mães que trabalham fora de casa, pelo fato de não acompanharem o que é ingerido durante o dia e algumas vezes quererem compensar sua ausência presenteando a criança com alimentos altamente energéticos. Portanto, a licença-maternidade de seis meses pode favorecer o aleitamento exclusivo, em razão da proximidade da criança em relação à mãe durante todo o período recomendado.

Após os seis meses de idade, deve ser iniciada a alimentação complementar associada ao aleitamento materno, padrão que deve perdurar até os dois anos de idade da criança ou mais. No presente estudo, foi verificado que 67,8% das crianças

receberam leite materno até os 12 meses. Essa elevada prevalência pode ser justificada pela presença do berçário no local de trabalho da mãe. Na pesquisa sobre o Aleitamento Materno nas Capitais Brasileira⁵, averiguou-se resultado semelhante com a prevalência do aleitamento materno até um ano de idade no Distrito Federal de 65,4%, porém a maioria das mães não trabalhava fora de casa.

É importante ressaltar que entre 12 e 15 meses 50% da amostra foi desmamada, correspondendo ao mesmo período em que ocorre o desligamento com o berçário. Portanto, é possível que haja uma associação entre o desligamento do berçário e o período do desmame. Assim, pode ser interessante que o berçário passe a atender as crianças até dois anos de idade com o intuito de incentivar a manutenção da amamentação. Esse incentivo é essencial, pois como a criança está passando por uma fase de adaptação com novos alimentos, texturas e sabores, nem sempre terá plena aceitação nos primeiros contatos, e o leite materno auxilia na prevenção de possíveis carências e deficiências nutricionais²⁴.

Já em relação ao recebimento de orientação para a introdução alimentar, constatou-se que 35,7% da amostra obtiveram orientações provenientes dos pediatras, familiares e amigos, e 64,2%, de nutricionistas. Trata-se de uma realidade positiva, uma vez que, sendo atribuição privativa do nutricionista a prescrição de dietas²⁵, verifica-se sua importância nessa fase de introdução alimentar para que haja a prescrição correta da melhor forma de iniciar os alimentos para a criança.

O estado nutricional das crianças em relação à curva de peso para idade e estatura para idade foi classificado como eutrófico. De acordo com a curva de peso por estatura, 88,9% foram classificadas como eutróficas e 11,1%, com risco de sobrepeso. Segundo o estudo Sperandio *et al.*²⁶, 66% estavam com peso adequado para a idade, 83,5% com estatura adequada para a idade, 10,8% com baixo peso, 63,5% com eutrofia e 25,8% com risco de sobrepeso segundo a curva de peso por estatura.

A transição nutricional apresentou esse novo perfil de diminuição da desnutrição e aumento do sobrepeso e da obesidade, como verificado nos dados apresentados acima. O excesso de peso predispõe as crianças a diversas doenças crônicas e respiratórias que podem causar problemas em seu desenvolvimento e crescimento. Portanto, é imprescindível o diagnóstico precoce, pois quanto mais cedo for a descoberta, mais fácil será o tratamento²⁷.

Em paralelo, verificou-se que 46,4% das crianças têm costume de realizar as refeições assistindo à televisão às vezes ou quase sempre e 53,5%, nunca ou raramente. De fato, a mídia exerce influência sobre as escolhas alimentares das crianças, levando-as a preferir alimentos com maior densidade energética e menor

concentração de vitaminas e minerais. No estudo de Fiates *et al.*²⁸, realizado com 57 escolares de sete a dez anos em uma escola particular, foi observado que a maioria da amostra costumava assistir à televisão durante as refeições (93,1% das mulheres e 85,7% dos homens). Na pesquisa bibliográfica realizada não foram encontrados artigos que comparassem crianças com a mesma faixa etária do presente estudo. A partir desses dados, verifica-se a possível necessidade de uma intervenção para que os pais fiquem cientes do elevado número de crianças que consomem suas refeições assistindo à televisão e do prejuízo que isso pode acarretar para a formação de seus hábitos alimentares e seu estado nutricional, como aumento do sedentarismo e predisposição para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade.

O consumo alimentar foi analisado no presente estudo por meio do Questionário de Frequência Alimentar qualitativo validado para crianças de dois a cinco anos de idade. Dependendo da memória e da colaboração do indivíduo, além do fato de alguns alimentos não serem bem especificados (como no caso das sopas infantis que não eram classificadas como industrializada ou naturais), pode gerar dúvidas na hora do preenchimento. Entretanto, este inquérito foi escolhido por ser de fácil, simples e rápida aplicação, baixo custo, não influenciando ou alterando o padrão alimentar e fornecendo a análise do consumo habitual das crianças^{29,30}.

De acordo com o Questionário de Frequência Alimentar, foi verificado o consumo de alguns grupos alimentares acima do recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁵, e a ingestão de outros, abaixo.

O consumo elevado de frutas pode decorrer do fato de que o QFA utilizado classificou o suco de fruta natural dentro do grupo das frutas. Entretanto, esta classificação não é a mais indicada, pois estudos realizados com crianças mostraram que o consumo excessivo de suco de fruta pode levar a um aumento da obesidade. Sanigorski *et al.*³¹ realizaram um estudo com crianças de quatro a doze anos de idade e verificaram que aquelas que ingeriam suco frequentemente (2 vezes por dia ou mais) estavam mais suscetíveis a ficar com sobrepeso e obesidade se comparadas a crianças que consumiam menos. Conclusões semelhantes foram encontradas na pesquisa de Myles *et al.*³², segundo a qual, em relação às crianças que estavam com risco de sobrepeso, o aumento do consumo de suco de frutas estava associado ao aumento da adiposidade, enquanto o consumo de frutas estava ligado à sua diminuição. Assim, verifica-se a importância de classificar as frutas e os sucos em grupos separados, e não em um grupo único, como fez o Questionário de Frequência Alimentar utilizado.

Quanto ao consumo de leguminosas, há pesquisas que indicam um consumo adequado ou abaixo da recomendação, como a de Barbosa *et al.*³³, contrapondo-se

aos resultados do presente estudo, em que o consumo da maioria estava acima do recomendado (provavelmente pelo fato de ser orientada, pelos nutricionistas do local, a ingestão no almoço e no jantar). Sendo assim, percebe-se a necessidade da realização de mais estudos para verificar se a recomendação de uma porção por dia é suficiente para suprir as necessidades da criança nesse período da vida, visto que o consumo inadequado pode contribuir para o desenvolvimento de carências nutricionais, como a deficiência de ferro³⁴.

Já o consumo de carnes mostrou-se adequado para a maioria das crianças, diferentemente do encontrado no estudo realizado por Bortolini *et al.*⁹, que mostrou que 38,2% das crianças de 6 a 59 meses consumiam carne, frango ou peixe diariamente, estando com a ingestão abaixo da verificada no presente estudo. Esse grupo alimentar é importante e sua ingestão precisa ser estimulada, pois possui boa disponibilidade de ferro heme e outros nutrientes importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança.

O consumo dos cereais mostrou-se abaixo do recomendado, o que talvez decorra do fato de que o QFA utilizado incluía nesse grupo biscoitos recheados, batata frita e macarrão instantâneo, por exemplo, alimentos que muitas mães relataram não oferecer aos seus filhos. Na pesquisa de Barbosa *et al.*³³, também foi verificado consumo abaixo da recomendação, porém grande parte do consumo desse grupo era proveniente dos biscoitos salgados e recheados.

A ingestão de leite também se mostrou abaixo do recomendado. Contudo, no questionário entregue às mães, não houve nenhuma pergunta abordando a existência de alguma intolerância ou alergia, e esse pode ser um dos fatores para o resultado encontrado quanto à ingestão desse grupo alimentar. Ademais, o questionário não abordou o consumo do leite materno como fonte de leite. Na pesquisa de S. Filha *et al.*³⁴, também foi verificado o consumo abaixo do recomendado. Deve-se dar atenção ao consumo destes alimentos, pois são ricas fontes de cálcio, mineral importante para a saúde óssea, pois contribui com a formação, mineralização e rigidez dos ossos³⁵.

O baixo consumo de hortaliças foi verificado em 67,9% das crianças, enquanto 32,1% delas apresentaram consumo adequado ou acima do recomendado. No estudo de Alves *et al.*³⁶, e Bortolini *et al.*⁹, também foi verificado o baixo consumo de hortaliças. Por serem alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais, a ingestão desse grupo deve ser estimulada. No caso específico do público infantil, é interessante usar a criatividade para inovar, oferecer receitas novas e investir na apresentação do prato, pois condutas como essas chamam a

atenção da criança e podem despertá-la para que aumente o consumo em relação a esses alimentos.

O consumo de açúcares e bebidas açucaradas representou-se 42,9% abaixo do recomendado. Um estudo realizado em Aracaju com crianças de 6 a 35 meses mostrou resultado diferente. Naquele caso, a maioria das crianças tinha excessivo consumo de açúcares e doces³⁴. Muitos artigos mostram a relação do consumo excessivo de doces e açúcares com sobrepeso, obesidade e outras doenças crônicas, portanto a ingestão desse grupo alimentar deve ser evitada e a oferta para as crianças deve ser mais tarde²³.

Quanto ao grupo de salgados e preparações (pizza, hambúrguer, etc), foi verificado que 42,9% das crianças consumiam tais alimentos pelo menos uma vez ao dia. Entretanto, a ingestão desses alimentos não deve ser estimulada, pois estão relacionados ao risco do aumento do sobrepeso e obesidade. Portanto, o ideal seria um consumo eventual, e não diário.

Assim, apesar da variação na ingestão de alguns grupos alimentares, foi verificado que a nota global média para avaliação de uma dieta saudável foi alta ($23,25 \pm 2,31$ pontos de um total de 28). No estudo de Coelho *et al.*³⁷, que utilizou a mesma metodologia, mas um Questionário de Frequência Alimentar distinto, a média do score para crianças de seis a nove anos foi de $16,00 \pm 6,83$ pontos, em um total de 50 pontos. Ou seja, é possível perceber que a média das crianças no presente estudo mostrou-se elevada, o que pode sugerir uma influência positiva do berçário em sua alimentação.

CONCLUSÃO

Conclui-se que mais de dois terços da amostra permaneceram em aleitamento materno exclusivo até os seis meses e metade das crianças foi desmamada entre a idade de um ano e um ano e três meses, mesmo período em que há o desligamento do berçário.

Quanto ao consumo alimentar das crianças, constatou-se déficit na ingestão de hortaliças, alimentos ricos em nutrientes e fibras que são importantes para o desenvolvimento saudável das crianças. O consumo mediano de alimentos com alta densidade energética foi encontrado em quase 43% da amostra, o que não deveria ser estimulado, porque eles proporcionam a ingestão excessiva de calorias em detrimento dos minerais, o que é prejudicial à saúde e ao crescimento adequado. O consumo de leguminosas mostrou-se elevado para 50% da amostra e o de frutas, para 40%. Esses resultados revelam-se positivos, por se tratarem de alimentos ricos

em nutrientes e que contribuem para o bom desenvolvimento da criança.

Ressalta-se a importância da realização de novos estudos utilizando inquéritos de consumo alimentar, de base populacional, que impulsionem o monitoramento nutricional das crianças e que utilizem metodologia ajustada a esse modelo de interpretação.

De toda forma, espera-se que esses resultados deem subsídios para que se avaliem os efeitos a longo prazo dos trabalhos desenvolvidos nos berçários, como o incentivo do aleitamento materno, a criação de bons hábitos alimentares e a prevenção do sobrepeso, com o intuito de atender melhor as necessidades da população menor de cinco anos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela capacitação contínua; ao meu marido e minha família, pelo apoio e incentivo ininterruptos; e às colaboradoras direta deste trabalho, orientadora e co-orientadoras, pelas lições.

Referências

1. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico – Educação e Deslocamento, Rio de Janeiro, 2010. Acesso em 18 de novembro de 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Educacao_e_Deslocamento/censo_educacao_e_deslocamento.pdf
2. Batoshuk LM. Comparing sensory experiences across individuals: Recent psychophysical advances illuminate genetic variation in taste perception. *Chem Senses*. 2000; 25:447-460.
3. Schwartz C, Scholtens PAMJ, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*. Elsevier. 2011; 57:796–807.
4. Brecailo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2010 Aug [acesso em 2014 May 27] ; 23(4): 553-563. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000400006&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000400006>.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília (DF); 2009.
6. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr.* (Rio J.) [Internet]. 2010 Aug [acesso em cited 2013 Oct 04] ; 86(4): 317-324. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
7. Viana V, Santos PL, Guimarães MJ. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psic., Saúde &*

- Doenças [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Oct 12] ; 9(2): 209-231. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200003&lng=pt.
8. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2013 Oct [acesso em 2013 Dec13] ; 89(5): 485-491. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000500011&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.01.005>.
 9. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 Sep [acesso em 2014 Apr 13] ; 28(9): 1759-1771. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900014&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900014>.
 10. Batista FM, Souza AI, Miglioli TC, Santos MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 2013 Apr 29]; 24(Suppl 2): s247-s257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400010&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400010>.
 11. Motta-Gallo S, Gallo P, Cuenca A. Influência da televisão nos hábitos alimentares de crianças do nordeste brasileiro. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2013; 23:89-93. Acessos em 09 dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000100013&lng=pt&nrm=iso>.
 12. Colucci ACA, Philippi ST, Slater B. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2004 Dec [Acesso em 2014 May 13] ; 7(4): 393-401. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400003&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000400003>.
 13. Kant AK, Schatzkin A, Graubard BI, Schairer C. A prospective study of diet quality and mortality in women. JAMA. 2000;283:2109-15.

14. McCullough ML, Feskanich D, Stampfer MJ, Giovannucci EL, Rimm EB, Hu FB, et al. Diet quality and major chronic disease risk in men and women: moving toward improved dietary guidance. *Am J Clin Nutr.* 2002;76:1261-71.
15. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escolar 3ª. ed. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Rio de Janeiro; 2012.
16. World Health Organization. Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO. Geneva, 2006.
17. Castro TG, Novaes JF, Silva MR, Costa NMB, Franceschini SCC, Tinôco ALA et al . Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2005 June [acesso em 2014 June 09] ; 18(3): 321-330. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300004&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000300004>.
18. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares - 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Acesso em 23 de maio de 2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf
19. Mandarinô NR, Chein MBC, Monteiro JFC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al . Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 July [citado em 2014 June 15] ; 25(7): 1587-1596. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700017&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700017>.
20. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014. Acesso em junho de 2014. Disponível em:
21. Organização Mundial De Saúde, Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. 1996. Assistência ao

- parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS.
22. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico – Nupcialidade, Fecundidade e Migração, Rio de Janeiro, 2010. Acesso em 18 de novembro de 2013. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf
 23. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 Feb [acesso em 2014 May 27] ; 43(1): 60-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100008&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100008>.
 24. Dias MCA, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Rev. Nutr. [Internet]. 2010 June [acesso em 2014 May 27] ; 23(3): 475-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300015&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300015>.
 25. Brasil. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Diário Oficial da União. 18 set 1991.
 26. Sperandio N, Sant'Ana LFR, Franceschini SCC, Priore SE. Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. Rev. Nutr. [Internet]. 2011 Aug [acesso em 2014 May 27] ; 24(4): 565-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000400005&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000400005>.
 27. Adami F, Vasconcelos FAG. Childhood and adolescent obesity and adult mortality: a systematic review of cohort studies. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 2014 May 27] ; 24(Suppl 4): s558-s568. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600008&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600008>.
 28. Fiates GMR, Amboni RDMC, Teixeira E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis.

- Rev. Nutr. [Internet]. 2008 Feb [acesso em 2014 May 27] ; 21(1): 105-114. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000100011&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000100011>.
29. Molina MCB, López PM, Faria CP, Cade NV, Zandonade E. Predictivos socioeconómicos de la calidad de la alimentación de niños. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2010 Oct [acesso em 2014 May 29] ; 44(5): 785-732. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500003&lng=en. Epub Sep 08, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020100005000036>.
30. Anjos LA, Souza DR, Rossato SL. Desafios na medição quantitativa da ingestão alimentar em estudos populacionais. Rev. Nutr. [Internet]. 2009 Feb [acesso em 2014 June 10] ; 22(1): 151-161. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000100014&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000100014>.
31. Sanigorski AM, Bell AC, Awinburn BA. Association of key foods and beverages with obesity in Australian schoolchildren. Public Health Nutr. 2007;10:152-7. <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=648712&jid=PHN&volumeld=10&issueld=02&aid=648704>.
32. Faith MS, Dennison BA, Edmunds LS, Stratton HH. Fruit Juice Intake Predicts Increased Adiposity Gain in Children From Low-Income Families: Weight Status-by-Environment Interaction. Pediatrics. 2006; 118:2066-2075.
33. Barbosa RMS, Croccia C, Carvalho CGN, Franco VC, Salles-Costa R, Soares EA. Consumo alimentar de crianças com base 4 na pirâmide alimentar brasileira infantil. Rev. Nutr. [Internet]. 2005 Oct [acesso em 2014 June 02] ; 18(5): 633-641. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500006&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000500006>.
34. S. Filha EO, Araújo JS, Barbosa JS, Gaujac DP, Santos CFS, Silva DG. Consumo dos grupos alimentares em crianças usuárias da rede pública de saúde do município de Aracaju, Sergipe. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2012 Dec [acesso em 2014 June 02] ; 30(4): 529-536. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000400011&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400011>.

35. Bueno AL, Czepielewski MA. A importância do consumo dietético de cálcio e vitamina D no crescimento. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2008 Oct [acesso em 2014 June 02] ; 84(5): 386-394. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000600003&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1816>.
36. Alves MN, Muniz LC, Vieira MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Nov [acesso em 2014 June 02] ; 18(11): 3369-3377. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100026&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100026>.
37. Coelho LG, Cândido APC, Machado-Coelho GLL, Freitas SN. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2012 Oct [acesso em 2014 May 27] ; 88(5): 406-412. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000500009&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2211>.

Apêndice I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A Sr^a. está sendo convidada a participar da pesquisa "Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 4 anos que frequentaram um berçário institucional", que tem como objetivo geral avaliar o perfil nutricional dessas crianças e verificar se houve algum impacto pelo fato de terem frequentado um berçário.

Para isso, é necessário que seja preenchido dois questionários que demandarão aproximadamente 15 minutos.

A Sr^a. receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

Informamos que a Sr^a. pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a Sr^a. tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Andressa Gomes Barros Felizola, telefone: (61) 8278-3773, no horário de 8 – 18h ou para Dr(a). Karin Eleonora Sávio, na UnB, telefone: (61) 3107-1785, no horário de 8 – 12h e de 14 – 18h.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, parecer 394.040. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou direitos do sujeito da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone: (61) 3107 – 1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável - Nome / assinatura

Brasília, _____ de _____ de _____

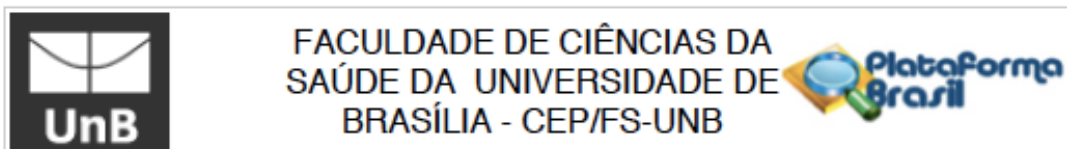
Apêndice II: Questionário com as questões socioeconômicas, ambientais, demográficas, biológicas e antropométricas das mães e das crianças.

Sobre a MÃE	
1. Idade:	1 <input type="checkbox"/> 20 – 30 anos 2 <input type="checkbox"/> 31 – 40 anos 3 <input type="checkbox"/> 41 – 50 anos 4 <input type="checkbox"/> 51 ou mais
2. Número de filhos:	1 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 3 4 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
3. Tipo de parto referente ao filho que frequentou o berçário:	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Cesária
4. A criança nasceu com:	1 <input type="checkbox"/> menos de 38 semanas 2 <input type="checkbox"/> 38 – 40 semanas 3 <input type="checkbox"/> 41 semanas ou mais
5. Qual foi o tempo da sua licença maternidade:	1 <input type="checkbox"/> não teve 2 <input type="checkbox"/> 4 meses 3 <input type="checkbox"/> 6 meses
6. Peso pré-gestacional:	
7. Ganho de peso durante a gestação:	
8. Peso atual:	
9. Altura atual:	
Sobre a CRIANÇA	
10. Data de nascimento:	___/___/___
11. Sexo:	1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino
12. Por quanto tempo a criança permaneceu no berçário:	1 <input type="checkbox"/> por 1 mês 2 <input type="checkbox"/> por 2 meses 3 <input type="checkbox"/> por 3 meses 4 <input type="checkbox"/> por 4 meses 5 <input type="checkbox"/> por 5 meses 6 <input type="checkbox"/> por 6 meses 7 <input type="checkbox"/> por mais de 6 meses
13. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo ? (sem receber outros tipos alimentos ou água)	1 <input type="checkbox"/> não amamentou exclusivamente 2 <input type="checkbox"/> até 1 mês 3 <input type="checkbox"/> até 2 meses 4 <input type="checkbox"/> até 3 meses 5 <input type="checkbox"/> até 4 meses 6 <input type="checkbox"/> até 5 meses 7 <input type="checkbox"/> até 6 meses 8 <input type="checkbox"/> > 6 meses
14. Até que idade seu filho mamou no peito:	
15. Qual foi o primeiro alimento introduzido?	1 <input type="checkbox"/> Chá 2 <input type="checkbox"/> Leite ou fórmula láctea 3 <input type="checkbox"/> Suco 4 <input type="checkbox"/> Fruta 5 <input type="checkbox"/> Papa salgada 6 <input type="checkbox"/> Outros: _____
16. Quem te orientou sobre a introdução da alimentação complementar? (pode marcar mais de uma opção).	1 <input type="checkbox"/> Pediatra 2 <input type="checkbox"/> Nutricionista 3 <input type="checkbox"/> Familiares/amigos 4 <input type="checkbox"/> Ninguém 5 <input type="checkbox"/> Internet 6 <input type="checkbox"/> Outros: _____
17. A criança come assistindo televisão?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Raramente 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Quase sempre 5 <input type="checkbox"/> Sempre
18. Peso ao nascer:	
19. Altura ao nascer:	
20. Peso ao sair do berçário:	
21. Altura ao sair do berçário:	
22. Peso atual:	
23. Altura atual:	
SOCIOECONÔMICOS	
24. Estado civil:	1 <input type="checkbox"/> Casada 2 <input type="checkbox"/> Solteira 3 <input type="checkbox"/> Viúva 4 <input type="checkbox"/> União estável 5 <input type="checkbox"/> Separada
25. Escolaridade:	1 <input type="checkbox"/> Sem Escolaridade 2 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (1º Grau) Incompleto 3 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (1º Grau) Completo 4 <input type="checkbox"/> Ensino Médio (2º Grau) Incompleto 5 <input type="checkbox"/> Ensino Médio (2º Grau) Completo 6 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 7 <input type="checkbox"/> Superior Completo 8 <input type="checkbox"/> Pós graduação
26. Renda Familiar:	1 <input type="checkbox"/> < 1 salário mínimo 2 <input type="checkbox"/> 2 a 3 salários 3 <input type="checkbox"/> 4 a 5 salários 4 <input type="checkbox"/> 6 a 10 salários 5 <input type="checkbox"/> > 10 salários
27. Número de moradores na casa:	
28. Atualmente, quem cuida da criança a maior parte do tempo?	1 <input type="checkbox"/> Babá 2 <input type="checkbox"/> Creche 3 <input type="checkbox"/> Avô/Avó 4 <input type="checkbox"/> Seu esposo 5 <input type="checkbox"/> Você 6 <input type="checkbox"/> Outros: _____

Apêndice II: Lista de Alimentos Recomendados segundo o Questionário de Frequência Alimentar utilizado.

Pontuação	Lista de Alimentos Recomendados
1.	Arroz cozido
2.	Batata cozida/Purê
3.	Macarrão (cozido, ao sugo)
4.	Pão (francês, forma, bisnaguinha)
5.	Feijão
6.	Abóbora
7.	Acelga, repolho, couve
8.	Alface
9.	Cenoura
10.	Chuchu
11.	Mandioquinha
12.	Tomate
13.	Banana
14.	Goiaba
15.	Laranja
16.	Maçã/pera
17.	Mamão
18.	Suco de fruta
19.	Suco de laranja
20.	Bife
21.	Carne cozida (panela, moída)
22.	Fígado bovino
23.	Frango (frito, grelhado, assado, cozido)
24.	Ovo (frito, cozido, omelete)
25.	Peixe (cozido, frito)
26.	iogurte de frutas
27.	Leite fluido integral/Leite em pó integral diluído
28.	Queijo mussarela, prato

Apêndice III: Parecer do Comitê de Ética.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas parentais e sua relação com a alimentação infantil

Pesquisador: Amanda Branquinho Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13898613.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 394.040

Data da Relatoria: 13/09/2013

Apresentação do Projeto:

A obesidade infantil é uma preocupação crescente no Brasil. Um estudo de base populacional realizado em 2006 constatou uma prevalência de excesso de peso para altura de 7,3% em menores de cinco anos (PNDS, 2006). Em crianças acima de cinco anos, esses dados são ainda mais alarmantes, nos quais o excesso de peso atinge 33,5% das crianças de cinco a nove anos, sendo que 16,6% e 11,8% dos meninos e meninas, respectivamente, já apresentam obesidade (POF, 2008-09). A etiologia da obesidade infantil é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, socioeconômicos, psicossociais, culturais e ambientais. Pesquisas recentes sobre estilos parentais e práticas de alimentação infantil começam a mostrar a influência que os pais exercem no consumo alimentar e conseqüentemente no estado nutricional dos seus filhos (Dattilo, Salvioni & Galimberti, 2012; Scaglioni, Salvioni & Galimberti, 2008; Stang & Loth, 2011). A família é a primeira instituição social a influenciar o comportamento das crianças, assim é possível que muitos fatores de risco modificáveis para a obesidade infantil tenham raízes substanciais dentro do contexto familiar (Ventura, Birch, 2008). Especialmente na idade pré-escolar, os pais são os primeiros responsáveis pela escolha de alimentos de seus filhos, definindo quando a alimentação vai ocorrer e em qual contexto, se alimentação acontece em resposta à indicação de fome, os tipos de alimentos oferecidos e o tamanho das porções que ficará disponível para as crianças (Birch, 2006;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

Kroller & Warschburger, 2008). Outra forma dos pais influenciarem na alimentação dos seus filhos é pela utilização de determinadas práticas de alimentação, utilizadas pelos pais para guiar a alimentação de seus filhos. Essas práticas podem variar de acordo com o contexto e características da criança (idade, sexo, estado nutricional, comportamento alimentar). Exemplos de práticas de alimentação infantil utilizadas pelos pais são: pressão para a criança comer, utilizar a comida como recompensa, restrição ao consumo de alguns alimentos, entre outros (Ventura & Birch, 2008). Apesar da relevância da influência parental no consumo alimentar e no estado nutricional das crianças, estudos brasileiros sobre essa temática ainda são escassos. Em outros países, como nos Estados Unidos, este contexto é diferente. Diversas pesquisas concluíram que os pais têm papel ativo no desenvolvimento das preferências alimentares, nos hábitos alimentares e no estado nutricional das crianças (Birch & Davison, 2001; Moens, Braet & Soetens, 2007; Musher-Eizenman & Holub, 2007; Patrick, Nicklas, Hughes & Morales, 2005; Philipsen & Philipsen, 2008; Wu & cols., 2003). Uma revisão sistemática da literatura realizada por Lauzon-Guillain et al. (2012) encontrou 41 artigos que descrevem um total de 21 instrumentos de avaliação de práticas alimentares parentais publicados entre 1983 e 2010. Inicialmente, as escalas para avaliar as práticas de alimentação infantil estavam focadas principalmente nas práticas de controle de alimentação, em especial: pressão para comer, monitoramento e restrição. Os instrumentos mais utilizados eram o Child Feeding Questionnaire (CFQ - Questionário de Alimentação Infantil) (Birch & cols., 2001) e o Preschooler Feeding Questionnaire (PFQ Questionário de Alimentação do Pré-Escolar) (Baughcum & cols., 2001). Como esses instrumentos não avaliam outras práticas fundamentais para entender as relações entre o perfil nutricional das crianças e as práticas de alimentação infantil foi desenvolvido em 2007 um novo instrumento: o Comprehensive feeding practices questionnaire (CFPQ - Questionário de compreensão das práticas de alimentação) (Musher-Eizenman & Holub, 2007). O objetivo da criação desta medida foi desenvolver um instrumento de base psicométrica que mais adequadamente medisse as práticas de alimentação infantil e que representasse uma gama mais completa de práticas alimentares que possam ser relevantes para o perfil nutricional das crianças. Esse instrumento, composto por duas escalas tipo Likert, avalia doze dimensões, quais sejam: controle da alimentação feito pela criança; controle das emoções; incentivo ao equilíbrio e variedade; ambiente; Comida como recompensa; Envolvimento; exemplo dos pais; monitoramento; pressão; restrição pra manter a saúde; restrição para o controle do peso; ensino sobre nutrição (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Cabe destacar que a influencia parental pode sofrer variações de acordo com a etnia, gênero, escolaridade e

renda (Spruijt-Metz, Chaoyang, Cohen, Birch & Goran, 2006).

Assim, para que um instrumento já existente em outra língua possa ser utilizado em um novo país, deve se realizar a adequada adaptação e validação de conteúdo do questionário para evitar vieses. (Pasquali et al., 2010) Até o presente momento não existe nenhum instrumento validado para população brasileira que avalie como os pais compreendem as práticas para a alimentação de seus filhos. Com a finalidade de preencher

essa lacuna sobre o tema, o presente estudo tem por objetivo realizar a adaptação e validação do Comprehensive feeding practices questionnaire (CFPQ - Questionário de compreensão das práticas de alimentação) para o Brasil, partindo da adaptação cultural do instrumento

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Identificar a relação das práticas parentais com a alimentação infantil de crianças de dois a cinco anos

Objetivo Secundário:

Traduzir o Comprehensive feeding practices questionnaire (CFPQ) para a língua portuguesa (português do Brasil); Adaptar culturalmente o CFPQ para a realidade brasileira; Avaliar a reprodutibilidade e validade da versão em português do CFPQ; Avaliar o Estado Nutricional de crianças de dois a cinco anos e de suas mães segundo indicadores antropométricos; Avaliar o consumo alimentar das crianças pela aplicação de questionário de frequência alimentar validado; Associar as práticas alimentares parentais com diversos determinantes do consumo alimentar de crianças de dois a cinco anos (sexo, idade, estado nutricional, consumo alimentar, etc).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os riscos para os sujeitos da pesquisa são mínimos. Não se esperam desconfortos para a realização da pesquisa e o participante pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, podendo também entrar em contato com os pesquisadores para sanar qualquer dúvida.

Benefícios: O participante contribuirá para a construção e validação de um instrumento que avalia as práticas parentais na alimentação infantil. Essa é uma temática pouco explorada no Brasil os resultados dessa pesquisa trará suporte para melhor compreender a relação das práticas parentais com a alimentação infantil de crianças de dois a cinco anos. Ao final da participação os sujeitos da pesquisa irão receber instruções sobre alimentação saudável

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto está relacionado ao Programa de pós graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde, sendo responsável a aluna de Doutorado AMANDA BRANQUINHO SILVA e com orientação das Profas Dras Karin Eleonora Sávio de Oliveira e Renata Alves Monteiro. Trata-se de estudo transversal por meio de questionário realizado via rede mundial de computadores (internet). A seleção da amostra se dará por conveniência de

modo a atingir o número de sujeitos suficientes para a validação do instrumento inicialmente proposta. Serão selecionadas 520 mães e pais de crianças de dois a cinco anos, de qualquer lugar do país, que aceitem voluntariamente a participar da

pesquisa. O universo de sujeitos encontra-se assinalado como 540 na proposta de pesquisa, sendo 20 para estudo piloto e 520 para projeto principal. As mães deverão ter acesso à internet para poder participar da pesquisa. O levantamento estará relacionado a variáveis socioeconômicas, demográficas e dados sobre introdução da alimentação complementar Para a obtenção das variáveis socioeconômicas e demográficas serão coletados dados da mãe (idade, renda, escolaridade, estado civil, paridade, tipo de parto, tempo de licença maternidade, peso pré-gestacional e peso atual) e da criança (sexo, prematuridade, peso e comprimento ao nascer e atual). Os dados sobre aleitamento materno e práticas alimentares no primeiro ano de vida serão: amamentação na primeira hora de vida, duração do aleitamento materno e forma de introdução da alimentação complementar. Estado nutricional: A avaliação do estado nutricional das crianças será realizada a partir dos dados referidos pelas mães. Serão calculados os índices antropométricos peso/idade (P/I), peso/altura (P/A), IMC/idade (IMC/I) e altura/idade (A/I), expressos em escore Z considerando-se o novo padrão da OMS e utilizando como pontos de corte para determinação do estado nutricional os valores descritos pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde. A avaliação do estado

nutricional da mãe será realizada pelos dados referidos de peso e altura e posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Consumo alimentar da Criança Para a avaliação do consumo alimentar atual das crianças será utilizado um questionário de frequência alimentar (QFA) validado para crianças de dois a cinco anos de idade por Colucci et. al (2004). O QFA possui 57 itens alimentares, divididos em 10 categorias. O Comprehensive feeding practices questionnaire (CFPQ) é um instrumento estadunidense, autoaplicável, elaborado por Musher-Eizenman e Holub (2007), para avaliar as práticas alimentares parentais e as suas implicações no comportamento alimentar e estado nutricional dos filhos. Será realizado o processo de tradução do questionário, tradução reversa e revisão por um comitê de juízes baseado nas diretrizes propostas por Beanton et al. (2000) e Pasquali et al. (2010). Coleta de dados Após o estudo piloto, a pesquisa será

realizada pela aplicação dos questionários via rede mundial de computadores (internet), criado por meio da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com) que gera um link de acesso à pesquisa. A página inicial do questionário terá uma breve descrição do mesmo, bem como um campo em que o entrevistado tenha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o aceite ou não, informando se está de acordo em responder a pesquisa voluntariamente. o Cronograma apresentado, bem como, o orçamento são compatíveis com a pretensão do presente projeto. Por fim considerando o perfil de análise, verifica-se não haver risco adicional aos sujeitos da pesquisa além dos inerentes ao sigilo da informação, garantido pelos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A documentação apresentada: Termo de concordância institucional, proposta de pesquisa; projeto; termo de responsabilidade do pesquisador, TCLE, planilha de custos, cronograma de atividades, atendem aos requisitos estabelecidos. Os currículos dos envolvidos no presente projeto encontram-se compatíveis com a complexidade do experimento. Observa-se, neste aspecto, o respeito parcial à resolução 196 de 09/10/1996 do Conselho

Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Conforme solicitação deste CEP, Os pesquisadores encaminharam o termo de concordância institucional assinado pela Direção da Faculdade de Ciências da Saúde.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o atendimento das solicitações apresentadas por este CEP, bem como, o preenchimento dos requisitos estabelecidos na resolução 466/2012 CNS/MS somos de parecer favorável ao desenvolvimento do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 394.040

BRASILIA, 13 de Setembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

Anexo I: Questionário de Frequência Alimentar qualitativo para avaliação do consumo alimentar de crianças de dois a cinco anos de idade durante os 6 últimos meses. Colucci et. aL (2004).

	Nunca	< de 1x por mês	1-3x por mês	1x por semana	2-4x por semana	1x por dia	2x vezes por dia
Abóbora							
Acelga, repolho, couve							
Achocolatados em pó							
Açúcar							
Água							
Alface							
Arroz cozido							
Banana							
Batata cozida/Purê							
Batata frita							
Bife							
Biscoito sem recheio							
Biscoitos recheados							
Bolo comum, bolo simples							
Café com açúcar							
Carne cozida (panela, moída)							
Cenoura							
Cereal matinal							
Chá industrializado							
Chocolate, bombons							
Chuchu							
Danoninho®, Chambinho®							
Espessantes (Maizena®, Farinha Láctea®, Mucilon®, Cremogema®)							
Feijão							
Fígado bovino							
Frango (frito, grelhado, assado, cozido)							
Goiaba							
Iogurtes de frutas							
Laranja							
Leite fermentado (Yakult®, Chamyto®)							
Leite fluido integral/Leite em pó integral diluído							
Linguiça, salsicha							
Maçã/pera							
Macarrão (cozido, ao sugo)							
Macarrão instantâneo							
Mamão							
Mandioquinha							
Margarina/manteiga							
Molho de tomate							
Ovo (frito, cozido, omelete)							
Pão (francês, forma,							

bisnaguinha)							
Peixe (cozido, frito)							
Pizza							
Presunto/Mortadela							
Queijo mussarela, prato							
Refrigerante							
Requeijão							
Risoto/Polenta							
Salgadinhos, batata chips							
Salgados (pão de queijo, pastel, coxinha, esfiha)							
Sanduíche (misto, hambúrguer simples)							
Sopa infantil caseira com carne (legumes, feijão, macarrão)							
Sopa infantil caseira sem carne (legumes, feijão, macarrão)							
Suco artificial							
Suco de laranja							
Suco de outras frutas							
Tomate							