



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Curso de Enfermagem

**CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES  
A PARTIR DOS SEIS MESES DE IDADE**

Guilherme da Costa Brasil

Brasília

2015

GUILHERME DA COSTA BRASIL

**CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES A  
PARTIR DOS SEIS MESES DE IDADE**

Projeto de pesquisa apresentado na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro pela Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Profa. Msc. Casandra G. R. M. Ponce Leon

Brasília

2015

BRASIL, Guilherme da Costa

Conhecimento das Mães sobre a Alimentação de Lactentes a Partir dos 6 Meses de Idade.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de  
Brasília como requisito parcial para obtenção  
do título de Enfermeiro.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Comissão Julgadora**

Professor (a): \_\_\_\_\_

Professor (a): \_\_\_\_\_

Professor (a): \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho à minha mãe, maior  
incentivadora de todo o meu processo de  
aprendizagem.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pois a ele pertence toda Glória, toda honra e todo louvor.

À minha mãe Ivoneide, por todo o apoio desde sempre, por sua dedicação, seu zelo e seu cuidado em todos os momentos, até naqueles mais difíceis.

Ao meu irmão Douglas pelo companheirismo.

Àos meus avós Isaías e Neuzita, pela grande parte da minha criação, por muito amor e por muito carinho.

Às minhas tias Isailde, Euzita, Ivone pelo cuidar e pelos momentos bons.

Ao meu tio Gilvan pela ajuda no cotidiano.

Aos meus primos Webert, Jeferson, Eduardo, Danilo, Wanderson por uma infância maravilhosa.

Às minhas primas Amanda, Samara e Sarah pelos momentos de alegria.

Aos meu Pastor Flamarion, por toda oração, dedicação, ensino e orientação.

Aos meus familiares que têm torcido por mim a cada dia: Adelson, Tia Neci, Tia Cleusa, Izael. E aos pequenos Letícia e Filipe.

Aos meus amigos queridos do clã que passaram ótimos momentos comigo desde o início da graduação: Carol L, Rebeca, Rafa, Flávia, Dayane, Jean, Carol C, Karina, Luana, Leo e Tay.

Aos queridos amigos que tenho grande alegria em cada momento que passamos juntos: Alayne, Amanda C, Fernanda, Juliana, Karen, Stanlei.

Aos amigos do coração pela linda caminhada até chegar ao alvo Jesus: Fabi, Jojô, Lary, Lily, Luh, Vivi e Wesley.

Ao meu amigo João, pela difícil, mas doce jornada até o sonhado diploma.

Aos amigos que dividem ótimos e agradáveis momentos comigo: Mari, Pri, Rafa Seixas, Raisal, Suelen, Shinza, Ingrid.

À professora Casandra, pela excelente orientação, dedicação, paciência e por me mostrar um pouco de todo o saber em torno da Saúde da Criança.

*"A minha alma espera somente em Deus;  
dele vem a minha salvação." (Salmo 62:1)*

**BRASIL, G. C. Conhecimento das Mães sobre a Alimentação de Lactentes a Partir dos Seis Meses de Idade.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2015.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do recém-nascido, e após esse período até chegar aos dois anos ou mais, o aleitamento materno complementado. A alimentação complementar é definida como o período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno. Assim, qualquer alimento oferecido ao lactente, além do leite materno, durante esse período é chamado de alimento complementar. **OBJETIVO:** Descrever o conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes a partir dos seis meses de vida. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado de março de 2014 a junho de 2015, com 30 mães de lactentes de um Centro de Saúde de Ceilândia – DF. Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista semi-estruturada e análise foi realizada através da análise temática. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo CAAE: 33895514.9.0000.5553. **RESULTADOS:** Constatou-se que as mães não estão oferecendo os alimentos de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Elas acreditam oferecer uma alimentação saudável, mas que não corrobora com os próprios relatos. E que ainda faltam alguns pontos a melhorar nas informações que são passadas pelos profissionais de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados apresentados por este estudo contribuem para direcionar os profissionais na adequação da educação em saúde para as mães, no que tange às orientações nutricionais dos filhos.

**DESCRITORES:** Alimentos Infantís, Nutrição da Criança, Saúde da Criança, Lactente.

**BRASIL, G.C. Mother knowledge regarding nourishment of infants over six months.** 2015. Completion of Course Work (Nursing Course) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2015.

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The World Health Organization (WHO) and the Ministério da Saúde (MS) recommend exclusive breastfeeding for the first six months of a newborn's life and after that period, up to two years or more, supplemented breastfeeding is advised. Supplemented feeding is defined as the period in which other foods or liquids are offered in addition to breast milk. Therefore any food given to the infant, other than breast milk during this period is called complementary food. **OBJECTIVE:** To describe the mother knowledge regarding nourishment of infants over six months. **METHODOLOGY:** This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, conducted from March 2014 to June 2015, with 30 mothers of infants at a Health Center in Ceilândia - DF. The data was collected through a semi-structured interview and the analysis was carried out through thematic analysis. All participants signed the Informed Consent and the study was approved by the Research Ethics Committee of the CAAE: 33895514.9.0000.5553. **RESULTS:** It was found that mothers are not offering food according to what is recommended by the Ministério da Saúde. They consider the offered diet healthy, but that does not corroborate with the reports. Also there are still some points to improve concerning the information given by health care professionals. **CONCLUSIONS:** The results presented in this study contribute to guide the professionals on the adequacy of health education for mothers, regarding the nutritional improvement of their children.

**BRASIL, G. C. Conocimiento de las Madres sobre la Alimentación de Lactantes a partir de los Seis Meses de Edad.** Trabajo de Conclusión de Curso (Curso de Enfermería) – Universidad de Brasilia. Facultad de Ceilandia, Ceilandia, Brasilia, 2015.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Organización Mundial de Salud (OMS) y el Ministerio de la Salud (MS) recomiendan el amamantamiento exclusivo en los primeros seis meses de vida del recién nacido, y después de ese período hasta llegar a los dos años o más, el amamantamiento materno complementario. La alimentación complementaria es definida como el periodo en que otros alimentos o líquidos son ofrecidos en adición a la leche materna. Así, cualquier alimento ofrecido a la lactante, además de la leche materna, durante ese periodo es llamado de alimento complementario. **OBJETIVO:** Describir el conocimiento de las madres a respecto de la alimentación de lactantes a partir de los seis meses de vida. **METODOLOGÍA:** Trata de un estudio exploratorio y descriptivo con abordaje cualitativa, realizado de marzo de 2014 hasta junio de 2015, con 30 madres de lactantes de un Centro de Salud de Ceilandia – DF. Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista semiestructurada y el análisis fue realizado a través de análisis temático. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado y la investigación fue aprobada por la Comisión de Ética en Investigación por el CAAE: 33895514.9.0000.5553. **RESULTADOS:** Fue posible constatar que las madres no están ofreciendo los alimentos de acuerdo con el que es preconizado por el Ministerio de la Salud. Ellas creen que ofrecen una alimentación saludable, pero que no corrobora con los propios relatos. Y que aún faltan puntos para mejorar en las informaciones que son pasadas por los profesionales de salud. **CONSIDERACIONES FINALES:** Los resultados presentados por el estudio contribuyen para direccionar los profesionales en la adecuación en salud para madres, que azuza a las orientaciones nutricionales de los hijos.

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1** - Distribuição das variáveis de Idade, estado civil e escolaridade das mães. **22**
- Tabela 2** - Distribuição das variáveis de idade das crianças cujas mães participaram do estudo. **23**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
CD	Crescimento e Desenvolvimento
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2- OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
<b>3- REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>13</b>
<b>4- METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
4.1 Tipo de Estudo	20
4.2 Local de Estudo	20
4.3 Participantes do Estudo	20
4.4.1 Critérios de Inclusão	20
4.4.2 Critérios de Exclusão	21
4.5 Coleta de Informações	21
4.6 Aspectos Éticos	22
4.7 Análise dos Dados	22
<b>5- RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
5.1 Categorização dos sujeitos da pesquisa	23
5.2.1 Categoria 1: “Olha, quando ele acorda eu dou...”	24
5.2.2 Categoria 2: “...então está tudo nos conformes”	30
5.2.3 Categoria 3: “Com água e sabão”	34
5.2.4 Categoria 4: “...No momento pra mim tá o essencial”	36
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>42</b>
<b>7- REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>

<b>APÊNDICE A</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE C</b>	<b>53</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do recém-nascido, e após esse período até chegar aos dois anos ou mais, o aleitamento materno complementado (BRASIL, 2009).

A alimentação complementar é definida como o período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno. Assim, qualquer alimento oferecido ao lactente, além do leite materno, durante esse período é chamado de alimento complementar (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A introdução de alimentos após os seis meses de idade deve complementar o leite materno. A partir deste período a alimentação complementar visa suprir as necessidades nutricionais da criança, e além disso a aproxima de seu cuidador; este é um novo ciclo da vida no qual lhe são apresentados novos sabores, cores, texturas e aromas (BRASIL, 2009).

Os hábitos alimentares são formados por influências genéticas e ambientais. Assim, para os profissionais de saúde é um desafio essa mudança no comportamento alimentar. Os sabores que são vivenciados nos primeiros meses de vida podem influenciar nas preferências alimentares subsequentes do indivíduo, pois quando o alimento se torna familiar, a preferência por ele continua (LEATHWOOD, 2005).

A alimentação a partir dos seis meses deve ser rica em energia, proteínas e micronutrientes, todos esses componentes devem ser introduzidos em quantidades apropriadas para a criança, pois a demanda energética para as necessidades da criança é diferente para cada idade (GIUGLIANI, 2000).

A introdução de novos alimentos pode ser um período de ocorrência de infecções, pois nos primeiros seis meses de vida os lactentes possuem uma imaturidade do sistema imunológico e uma maior permeabilidade intestinal (VIEIRA et al, 2003). As infecções nessa faixa etária, podem interferir no desenvolvimento da formação dos hábitos alimentares, e ainda pode favorecer o aparecimento de doenças crônicas (BARBOSA et al, 2007).

O enfermeiro tem um papel de grande importância na assistência à criança e à mulher, isso se dá ainda no início da vida uterina, quando ocorrem as consultas de pré-natal e que nesse momento é possível detectar, através do exame físico materno, anormalidades, e diante disso adotar condutas com intuito de otimizar o crescimento e desenvolvimento do concepto. Dessa forma, na atenção básica o enfermeiro pode ainda realizar uma avaliação nutricional, e com base nessa avaliação estabelecer atitudes de intervenção (MONTEIRO, et all 2010).

O Ministério da Saúde estabelece quais os exames, vacinas, número de consultas a serem realizadas. Existem cartilhas educativas sobre o aleitamento materno, sobre os passos para uma alimentação saudável, um guia alimentar; mas é difícil determinar a eficácia das consultas de Crescimento e Desenvolvimento que reflita num bom padrão alimentar e na introdução da alimentação complementar de forma correta. Tendo em vista que são as mães que cuidam da alimentação dos filhos, é importante determinar qual o conhecimento que elas possuem sobre os alimentos que o filho deve consumir em cada período do seu crescimento.

A questão norteadora do presente estudo é “ qual o conhecimento que as mães possuem quanto à alimentação complementar de seus filhos?”.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral.**

Descrever o conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes a partir dos 6 meses de vida.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Avaliar o conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes.
- Identificar as dúvidas quanto à alimentação complementar.
- Descrever o tratamento da higienização realizada nos alimentos pelas mães.
- Descrever a percepção das mães sobre as consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD) com ênfase na alimentação complementar.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão sobre a alimentação infantil no início da história, era bem diferente daquela que encontramos atualmente. Em 4000 a.C, o homem caçava o seu próprio alimento, e para substituir o leite materno somente encontrando outro leite materno, ou seja, de outra mulher. Se por acaso a criança não pudesse ser amamentada, estava condenada à morte. A amamentação durava até a criança ser capaz de adquirir o seu próprio alimento.

Na Bíblia, há referências que citam a duração do aleitamento materno, e os alimentos que eram oferecidos às crianças, dentre eles, farinha e suco de uva ( I Samuel 1:22-24). No início da era cristã, entre os anos 70 a 130 d.C, o médico grego Sorano cita como o primeiro alimento, mel com leite de vaca. Os alimentos sólidos eram oferecidos após o 40º dia, e preferencialmente após o 6º mês. Nessa época, a alimentação complementar continha cereal, pão + leite ou suco de uva, mingau e ovos (DOWLING, 2005; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

A primeira fórmula industrializada de alimentação complementar comercializada no Brasil, surgiu através dos estudos do químico alemão Henri Nestlé, com a criação da fórmula na Suíça com o nome de Farinha Láctea. Assim, a Nestlé® iniciou sua produção de alimentação complementar no Brasil no final do século XIX (Nestlé do Brasil, 2014).

No início do século XX ocorre uma diminuição significativa da amamentação, e surge um aumento no consumo de leite de vaca e fórmulas infantis; isso ocorre pela forte propaganda em favor das fórmulas infantis associadas à pasteurização e refrigeração (DOWLING, 2005; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

No século XXI, a OMS recomenda em várias publicações à respeito da alimentação complementar, e o Ministério da Saúde publica o Guia alimentar para crianças menores de 2 anos, que vem reforçando sobre o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, e a partir desse período a inserção da alimentação complementar (WHO, 2009; BRASIL, 2002).

A infância é um período marcado pelo desenvolvimento das potencialidades humanas, pois os distúrbios, os traumas, ou seja, os problemas que aparecerem nesse período serão responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades. Assim a justificativa para a não inserção de outros alimentos antes dos 6 meses está em não haver vantagens, e sim prejuízos, como menor duração do aleitamento; risco de desnutrição, se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores; menor absorção de componentes do leite materno, como ferro e zinco; maior número de hospitalizações decorrentes de doença respiratória, entre outros (BRASIL, 2009).

A introdução de alimentos após os seis meses de idade deve complementar as funções do leite materno. A partir dos seis meses, a alimentação complementar visa suprir as necessidades nutricionais da criança, e contribui também para a aproximação de seu cuidador; este é um novo ciclo da vida no qual lhe são apresentados novos sabores, cores, texturas e aromas (BRASIL, 2009). As práticas inadequadas, e a introdução precoce de alimentos elevam a taxa de mortalidade infantil, e dentro dessas mortes, dois terços ocorrem no primeiro ano de vida (GIUGLIANI, 2000).

A nível mundial, apenas 35% das crianças são amamentadas exclusivamente durante os quatro primeiros meses de vida. A inserção da alimentação complementar tem sido introduzida muito cedo, ou muito tarde; e a qualidade dos alimentos tem sido predominantemente inadequados e inseguros (OMS, 2005).

Portanto, o melhor período para a introdução de alimentos complementares é a partir do sexto mês de vida, pois antes desse período o leite materno consegue suprir as necessidades nutricionais da criança. Além disso, no sexto mês aparecem nas crianças os reflexos primordiais para a que ocorra uma alimentação complementar eficaz; nessa fase já estão desenvolvidos os reflexos para a deglutição, como o reflexo lingual; também manifesta na criança uma excitação diante do alimento, ela já consegue sustentar a cabeça, o que facilita a alimentação com o uso da colher e por fim, aparecem os primeiros dentes, que facilita a mastigação (BRASIL, 2009).

Ainda no sexto mês, há o desenvolvimento do paladar da criança, e com isso surgem as preferências alimentares, processo este que vai acompanhar até a vida adulta (BIRCH, 1997). O sucesso da alimentação vem de muita paciência, afeto, suporte e atenção por parte da mãe (BRASIL, 2009).

A importância da alimentação complementar está em prover quantidades suficientes de água, proteínas, energia, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos que atendam a demanda do público que as consomem, ou seja, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e não esquecendo de serem agradáveis à criança (BRASIL, 2009).

O olfato é um adjuvante importante no reconhecimento alimentar, assim como a criança na amamentação reconhece o cheiro da mãe e do leite, durante a alimentação, ela também irá aprender a reconhecer os alimentos, bem como sua preferência por eles e estimular através do olfato o seu apetite. Há predisposições genéticas que vão influenciar na preferência por alguns alimentos; as sensibilidades e diferenças de gostos também podem ser herdadas dos pais. Essas preferências serão moldadas ao longo da vida de acordo com as influências e experiências adquiridas (BARTOSHUK, 2000).

Os sabores vivenciados nos primeiros meses de vida têm uma influência direta nas preferências alimentares subsequentes. Quando o alimento se torna familiar nessa fase, a preferência se perpetua (LEATHWOOD; MAIER, 2005).

O contato visual é um estímulo na alimentação da criança. O semblante da mãe alegre, oferece segurança para que ocorra a aceitação alimentar. Em média, são necessárias de oito a dez exposições do mesmo alimentos para que se tenha a aceitação da criança (BRASIL, 2009).

O sabor da alimentação é de sua importância, e o argumento de que ele não influencia foi desmistificado, pois a comida precisa ser necessariamente saborosa. As crianças tendem a se acostumar com o alimento na forma com a qual elas recebem, assim a família deve dar importância na preparação do alimento quanto ao sabor. A marketing vincula o consumo de alimentos industrializados para substituir os naturais, e isso faz com que os cuidadores não privilegiem alimentos como: tubérculos, frutas, legumes, verduras e grãos variados. Há uma vasta variedade de alimentos na cultura brasileira que são saudáveis, saborosos, culturalmente valiosos e nutritivos, e são recomendados para crianças após os seis meses como o jerimum, o açaí, o peixe cozido (BRASIL, 2010).

A variedade de coloração ainda torna a refeição mais atrativa, o que estimula os sentidos e a aceitação de alimentos como frutas, legumes e verduras, grãos e tubérculos em geral. As crianças devem ser expostas a diferentes alimentos, pois a oferta variada de alimentos propicia a absorção dos diversos nutrientes necessários ao crescimento da criança, além de evitar a monotonia e oferecer uma alimentação mais equilibrada (BRASIL, 2009).

Para definir a idade adequada para a inserção de alimentos, deve-se ter como base a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança e as necessidades nutricionais. Com até quatro meses de vida a criança ainda não chegou a um desenvolvimento fisiológico que lhe permita receber alimentos sólidos. O reflexo de protusão está desaparecendo, mas mesmo assim ela ainda não tem o controle neuromuscular da cabeça e do pescoço, que faça com que ela demonstre saciedade ou desinteresse afastando a cabeça ou jogando para trás; também ainda não senta sem apoio. Desta forma, em detrimento destas limitações, a criança está preparada para receber apenas a refeição líquida, que deve ser o leite materno (BRASIL, 2009).

Nos primeiros meses o ganho de peso corporal é em média 1gr/hora (15 a 30 gr/dia) e o do cérebro é de 2gr/dia (PIACENTINI et al, 1995). No primeiro ano de vida, a criança triplica seu peso e dobra a sua superfície corpórea (FREEMAN; HOF, 2000).

Do quarto ao sexto mês de vida, além do desaparecimento do reflexo de protusão, a criança alcança a maturação da função gastrointestinal e renal e o desenvolvimento neuromuscular. Próximo ao sexto mês de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de alguns nutrientes alcançam um nível adequado, isso faz com que a criança esteja melhor adaptada para uma alimentação mais variada quanto a consistência e a textura por já ter produzido enzimas para a digestão (BRASIL, 2009).

Após os seis meses, a criança amamentada necessita receber três refeições ao dia, sendo duas papas de fruta e uma papa salgada. Mais próximo do sétimo mês, adequando-se ao desenvolvimento e adaptação da criança, tem a introdução da segunda papa salgada, que é a comida de panela como arroz, feijão, carne, legumes e verduras (BRASIL, 2009).

Durante o período dos 6 aos 12 meses de idade, é o período que a criança vai se adaptar aos novos sabores, texturas, consistências; e esses componentes são diferentes do leite materno. Nessa fase, a preocupação não está na quantidade de comida ingerida, mas sim na introdução lenta e gradual dos novos alimentos para que aos poucos a criança se acostume (BRASIL, 2009).

É importante considerar que na formação dos hábitos alimentares, a interação da criança com os pais, ou com a pessoa responsável por ofertar a sua alimentação, influencia na aceitação alimentar (VIEIRA et al, 2004). Os fatores sociais exercem um papel preponderante nas estratégias que são utilizadas para estimular a criança ao consumo do alimento; esses fatores influenciam desde o nascimento, e é um processo de aprendizagem (RAMOS; STEIN, 2000).

Como a criança se encontra numa fase de explorar, ela não vai apenas querer olhar para o alimento e comer, ela vai desejar colocar as mãos na comida. A mãe, dessa forma deve permitir que ela explore o ambiente, os alimentos, e assim aprenda a tomar iniciativas (BRASIL, 2009). Neste período, o leite ainda deve ser ofertado em livre demanda, mas é importante dar um intervalo entre a mamada e as principais refeições, para não interferir nos sinais de fome e saciedade da criança (MONTE, 2004).

Deve haver um aumento da consistência dos alimentos gradativamente, e a textura deve ser adequada para cada idade. A primeira papa salgada é oferecida no horário do almoço no sexto mês (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Essa refeição deve conter alimentos dos grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carne e hortaliças (OLIVEIRA et al, 2015). Desde os seis meses as refeições podem conter carne e ovo. As papas devem conter alimentos de cada grupo (pelo menos um). A aceitação dos alimentos vem de forma gradual, depois de um tempo os alimentos não precisam ser

amassados. Os alimentos devem ser cozidos em água, amassados com garfo e nunca liquidificados e nem peneirados (BRASIL, 2009).

Recomenda-se que os alimentos sejam oferecidos à criança de uma forma separada, para que a criança consigo identificar os diversos sabores (VITOLLO, 2003).

De oito a dez meses, a criança já pode receber os alimentos da família, desde que não tenham muitos condimentos e nem grande quantidade de sal. As frutas devem ser oferecidas a partir do sexto mês sob a forma de papas, sempre em colheres. Nenhuma fruta é contraindicada, mas deve-se respeitar as características regionais, custo, estação do ano e presença de fibras. Os sucos de frutas podem ser usados preferencialmente após as refeições e não as substituindo, sem necessitar de adição de açúcar (BRASIL, 2009).

Os hábitos de alimentação dos lactentes podem ser influenciados pelo ambiente familiar, pelas informações passadas pelo profissional de saúde, bem como através das propagandas de alimentos (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Alimentos como açúcar, café, enlatados, biscoitos recheados, frituras, salgadinhos, balas, refrigerantes e outros alimentos que contenham grandes quantidades de açúcar devem ser evitados nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2013, 2002). No estudo de Vítolo et al (2014) 84% das mães adicionam açúcar no primeiro ano da alimentação da criança, 95% dão algum tipo de doce. Esse tipo de alimento está associado a excesso de peso e à obesidade na infância, condições essas que podem chegar à vida adulta, e causar alterações relacionadas a dislipidemias e aumento na pressão arterial. Além disso, podem estar associados a outros problemas como anemia e alergias (BRASIL, 2009).

Ao tentar otimizar a aceitação do lactente aos novos alimentos, não é recomendado acrescentar açúcar ou leite nas papas, pois isso prejudica a adaptação às modificações no sabor e na consistência das dietas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). As crianças já nascem com uma preferência pelo doce, e ofertar alimentos com grandes quantidades de açúcar faz com que a criança se desinteresse pelos cereais, verduras, legumes, alimentos estes com baixo teor de frutose, mas que são fontes fundamentais de nutrientes (BRASIL, 2009). No estudo de Bernardi et al (2009), o açúcar e o mel, foram introduzidos na alimentação, antes dos 10 meses de vida.

Os sucos artificiais devem ser evitados pelo fato de não oferecerem nenhum nutriente, apenas açúcar, essências e corantes artificiais, componentes estes que prejudicam a saúde e podem causar alergias. As crianças devem receber suco de fruta natural após as refeições, e durante o dia água (BRASIL, 2009).

O consumo de mel não é recomendado no primeiro ano de vida. O mel é um componente que tem boas propriedades medicinais, mas tem sido uma fonte alimentar com esporos de *Clostridium botulinum*. Esporos estes que são resistentes ao calor, e o processamento no qual o mel é submetido, não é suficiente para destruí-los. Alimentos em conserva como palmito, picles, salsichas, salames, presuntos e patês, também são fontes potenciais para a contaminação pelos esporos de *C. Botulinum*, e não são recomendados para a dieta das crianças (CERESER, 2008).

O sal é um tempero muito conhecido e bastante utilizado no âmbito mundial. Tem um valor histórico e cultural, e é utilizado na preparação de alimentos de crianças e adultos. No entanto, nos primeiros meses a criança tem uma maior predileção por alimentos doces, que é ocasionado pela familiaridade com o leite materno, e a partir dos quatro meses há um início do desenvolvimento pelo interesse em alimentos salgados, isso se justifica pela modificação na composição do leite que fica mais salgado em detrimento das quantidades maiores de cloreto. Assim, quem prepara os alimentos deve observar as quantidades de sal, respeitando sempre a aceitação da criança. A quantidade que é ofertada inicialmente é memorizada pela criança e nas próximas refeições é recomendado dar a mesma quantidade (BRASIL, 2009).

Quando as crianças chegam na fase adulta, tendem a preferir os alimentos da maneira como lhes foram apresentados na infância. Assim, é recomendável, que se ofereça inicialmente alimentos com baixos teores de açúcar e sal (MONTE, 2004).

O consumo de sal precoce tem sido associado ao aparecimento de complicações como a hipertensão arterial, inclusive no período da infância, e assim tem um aumento no risco cardiovascular quando chega na fase adulta.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) que visa a suplementação preventiva de todas as crianças de 6 a 18 meses, afirma que, a introdução alimentar complementar deve ser orientada de forma adequada, pois essa alimentação deve prover quantidades necessárias de ferro para a criança. Nos seis primeiros meses de vida, o leite materno previne a anemia, tendo uma biodisponibilidade que permite a absorção de 50% do ferro, enquanto o leite de vaca apenas 10%. Assim, após esse período é necessária uma alimentação com alimentos que são fontes de ferro como carne e miúdos (BRASIL, 2009).

Também o consumo de suco de fruta natural, fonte de vitamina C, após o almoço e o jantar tem benefícios, pois a vitamina C age como um facilitador da absorção do ferro não-heme (AZEVEDO et al, 2010). Crianças não anêmicas consomem significativamente mais vitamina C do que as anêmicas, mostrando assim a importância da composição da dieta em relação à quantidade total de alimentos (VITOLLO; BORTOLINI, 2007).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de método de acordo com Campos (2008), é voltado para a estrutura social, onde esse método vai se preocupar com os significados, motivos, atitudes, crenças e valores, correspondendo a fenômenos que não podem ser resumidos a variáveis. Assim a pesquisa qualitativa é descritiva, pois os dados coletados dão mais lugar às palavras, figuras do que apenas números. Esses dados podem ser notas de campo, depoimentos, entrevistas transcritas, fotografias, produções pessoais. O pesquisador pode analisar os dados em toda a sua riqueza não esquecendo da forma de realizar o registro e a transcrição.

### **4.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado no Centro de Saúde nº08 de Ceilândia-DF, concentrado na região do P norte.

A Ceilândia é uma das regiões administrativas do DF mais antigas, criada a partir de um projeto de erradicação de favelas no ano de 1971 para concentrar neste local a população proveniente de algumas invasões. A região ao longo de sua história recebeu muitos imigrantes provenientes de outras partes do Brasil, mas a maior parte desses são originários da região Nordeste (32,1%) (COODEPLAN, 2010).

A população da Ceilândia está estimada em 398.374 habitantes, sendo a maioria do sexo masculino (52,6%). A população de até 1 ano representa 3% desse total, e a faixa etária de 2 a 4 anos representa 5,7% (COODEPLAN,2010).

Quanto à escolaridade, 1,9% da população tem o nível superior completo, e tem 3% de analfabetos, além disso, há 8,1% de crianças menores de 7 anos fora da escola (COODEPLAN, 2010).

### **4.3 Participantes do estudo**

Foram participantes do estudo mães de lactentes que são atendidos no Centro de Saúde nº08 de Ceilândia.

#### **4.4.1 Critérios de Inclusão**

Foram participantes deste estudo mulheres que atenderam os seguintes critérios:

- mãe de lactente em alimentação complementar;
- seu filho lactente ser acompanhado no Centro de Saúde nº08 de Ceilândia.

#### **4.4.2 Critérios de Exclusão**

- ter um filho que não é mais lactente;
- não fazer acompanhamento com o filho lactente no Centro de Saúde nº08 de Ceilândia ou não fazer acompanhamento junto com o Centro de Saúde.

#### **4.5 Coleta de informações**

Para a coleta de dados foi utilizado o método da entrevista semi-estruturada. Nesse método o entrevistador vai ter uma lista de questões ou tópicos que serão preenchidos ou respondidos. A entrevista é flexível, pois não precisa necessariamente seguir a ordem prevista e durante esta entrevista poderão ser formuladas novas questões (MATTOS, 2005). As vantagens desse tipo de estudo estão no fato de ter a possibilidade de acesso a uma informação além daquela já listada; esclarecer aspectos da entrevista e um aprofundamento da investigação, e definição de novas estratégias ou novos instrumentos (WERLANG; BOTEGA, 2003). Assim, o pesquisador vai iniciar com uma pergunta disparadora que terá como finalidade provocar a fala e uma expansão da opinião do sujeito do estudo.

As mães foram abordadas durante a triagem antes da consulta de CD, e depois levadas à um consultório para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e retirada de dúvidas quanto à pesquisa. Essa abordagem ocorreu nos dias de consulta do Centro de Saúde que ocorrem de segunda à quinta.

As conversas foram gravadas com o intuito de absorver de uma forma mais ampla as informações passadas durante a entrevista. É necessário saber ouvir e entender o relato, pois existe um grande conhecimento em torno daquilo que se ouve, mas é preciso identificar o significado nas palavras do entrevistado (EVANGELISTA, 2010).

O instrumento para as entrevistas foi testado previamente antes da coleta de dados, como uma forma de teste, e também para um aprofundamento e aumento do conhecimento do conteúdo. Além disso foi utilizado um diário para registro de informações do entrevistador no campo de ocorrências e intercorrências nas entrevistas.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Todos os participantes registraram sua anuência em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), respeitando as diretrizes da Resolução 466 (BRASIL, 2012) no que se refere a pesquisas com seres humanos.

Esta pesquisa foi desenvolvida após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, sob o número de parecer 754.724, e CAAE 33895514.9.0000.5553. Com o objetivo de manter o anonimato dos sujeitos, as entrevistadas não foram identificadas com o próprio nome, mas identificadas com um número.

#### **4.7 Análise dos dados**

Após a coleta de dados as conversas foram transcritas. A transcrição é um maneira na qual se tranforma a gravação oral para o código escrito, além disso, nela ocorrem mudanças como retirada de erros gramaticais e retificação de palavras sem peso semântico (MEIHY,2002).

Através dessa transcrição e agrupamento de informações, foi possível ter a noção dos conhecimentos que possuem sobre o assunto, e as maiores dúvidas que permeiam a temática da alimentação complementar.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo será inicialmente apresentada a caracterização dos sujeitos da pesquisa, ou seja, as mães de lactentes atendidas na atenção básica na regional de saúde de Ceilândia. E Posteriormente serão apresentadas as categorias que emergiram através de unidades temáticas, seguidos de sua interpretação, para compreender a percepção do conhecimento alimentar que essas mães possuem.

### 5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo 30 mães atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Ceilândia. A maioria dessas mães encontram-se na faixa de idade de 25 a 30 anos (36,6%), sendo que a média de idade foi de 25,9 anos e a mediana de 28 anos. A idade mínima encontrada foi de 14 anos e a máxima de 42 anos.conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis de Idade, estado civil e escolaridade das mães.

Variáveis	Nº	%
14 a 18 anos	1	3,3
19 a 24 anos	7	23,3
25 a 30 anos	11	36,6
31 a 39 anos	10	33,3
40 a 42 anos	1	3,3
Solteira	2	6,6
Casada	27	89,9
Separada	1	3,3
Primeiro Grau	4	13,3
Segundo Grau	21	69,9
Superior	5	16,6

Em relação às idades, dados semelhantes foram encontrados em um estudo transversal, qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Riacho Fundo I, Distrito Federal, que teve como objetivo avaliar os conhecimentos maternos sobre a introdução da alimentação

complementar (MARTINS; HAACK, 2012). Neste estudo a média de idade das participantes foi de 27,6 anos e a mediana de 27,5 anos.

Dados semelhantes também foram encontrados na pesquisa de Souza et al (2012), que foi uma pesquisa transversal descritiva, realizada na rede de Atenção Básica da regional do Riacho Fundo II que objetivou verificar os fatores associados a interrupção precoce do aleitamento materno. Nesse estudo a maioria das mulheres encontram-se na faixa dos 20 e 30 anos (63%) e quanto à escolarização a maioria delas tem até o ensino médio (88%).

Com relação às crianças cujas mães participaram da pesquisa, a idade variou de 6 a 11 meses, sendo a média da idade de 8,5 meses, conforme a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis de idade das crianças cujas mães participaram do estudo.

<b>Idade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>6 meses</b>	8	26,64
<b>7 meses</b>	5	16,65
<b>8 meses</b>	8	26,64
<b>9 meses</b>	3	9,90
<b>10 meses</b>	5	16,65
<b>11 meses</b>	1	3,33
<b>TOTAL</b>	30	100,00

Após a transcrição das entrevistas, emergiram 4 categorias. A primeira surgiu a partir do questionamento para as mães sobre os alimentos que são ofertados durante o dia para a criança. A segunda emergiu a partir do questionamento da percepção das mães sobre a qualidade da alimentação. A terceira veio tratando sobre a forma como as mães higienizam os alimentos que são ofertados à criança. E a quarta trata sobre a satisfação das mães em relação às informações passadas pelos profissionais de saúde responsáveis pelas consultas de CD. As falas, e a discussão em relação às informações coletadas serão descritas à seguir:

### **5.2.1 Categoria 1: “Olha, quando ele acorda eu dou...”**

Em relação às mães entrevistadas, observa-se uma preferência pelas fórmulas lácteas como substituição ao leite materno, conforme relatos abaixo:

*“... ele não mama desde os 2 meses... mas só no caso de não ter uma fruta na hora, aí eu faço um mucilon®, uma coisinha bem ralinha pra dar pra ele, porque ele já acostumou...” M6*

*“... aí eu dou pra ele mucilon®...” M3*

*“...café a mamadeira né, leite em pó e mucilon®...” M28*

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Ferreira et al (2009), que teve como objetivo identificar a prática exercida pelas mães, apontando os possíveis fatores intervenientes na introdução precoce ou tardia dos alimentos, onde nele houve uma prevalência da substituição precoce do leite materno por fórmulas lácteas.

Os resultados mostram, assim como a pesquisa de Oliveira et al (2005), que investigaram sobre a alimentação de crianças menores de dois anos de idade em Salvador-BA, a ocorrência da substituição do leite materno pelo leite de vaca integral, com espessante e açúcar. Para Mais et al (2014), culturalmente ele é um dos alimentos vistos como um dos mais importantes para a saúde da criança. No estudo de Machado et al (2013), verificou-se que 25% das mães pretendiam dar no primeiro ano de vida o leite de vaca.

O estudo de Castro et al (2006), aponta que as mães sabem que devem amamentar exclusivamente até os seis meses, mas quando pensam em oferecer outros alimentos, desconsideram a manutenção do leite materno, dando lugar a outros alimentos. Quando iniciam esses outros alimentos, fazem através de mingau oferecido na mamadeira ou leite modificado, preferindo substituir o leite por fórmulas lácteas.

O aleitamento materno tem o benefício de favorecer um auto controle à criança, onde ela vai se alimentar a partir do estímulo interno de fome e saciedade. O que não ocorre na composição láctea que é uniforme, e as vezes leva a uma alta ingesta alimentar, dando uma predisposição à obesidade (FERREIRA et al, 2009).

As fórmulas lácteas podem induzir a uma hipercolesterolemia na fase adulta, que pode desencadear uma doença arterosclerótica. Quando as crianças são amamentadas com o leite materno, elas podem desenvolver um mecanismo de controle do metabolismo de gordura, e assim reduzir uma consequente doença cardiovascular (McGILL et al, 1996).

Soares et al (2000), verificaram que a introdução de outros alimentos geralmente ocorre com leites em pó e farináceos na forma de mingau, conforme foi observado no presente estudo.

*“...de manhã ele come mingau...” M21*

*“...as vezes um mingau...” M11*

*“...olha, quando ele acorda eu dou mamadeira mesmo, o leite, dou Nestogeno®...” M23*

A introdução precoce de alimentos ricos em amido estão relacionados com a má absorção de nutrientes, bem como com distúrbios gastrintestinais, que resultam numa consequente falha de crescimento (VIEIRA et al, 2004). Os hábitos alimentares que são inadequados desde o início da vida vão se acentuar na primeira infância e na adolescência (CASTRO et al, 2008). A utilização do leite de vaca em substituição ao leite materno ainda tem uma alta incidência, e a sua inserção parece ser uma característica cultural (FARIAS JUNIOR e OSORIO, 2005)

Algumas mães utilizam o liquidificador como forma de deixar o alimento mais pastoso, o que contribui para a redução da densidade energética da refeição, comprometendo o estado nutricional da criança, e podendo levar a um déficit no ganho de peso:

*“...aí no almoço eu faço variado, as vezes eu coloco beterraba, abóbora, batatinha e cenoura, e aí eu to batendo pra ficar mais molinho...” M26*

*“...aí quando é a carne a gente desfia muito e aí amassa, bate no liquidificador...” M8*

Com seis meses a criança não tem mais o reflexo de protusão da língua, isso facilita a ingestão do alimento semi sólido. Quando a criança está sentada, o seu pescoço tem mais firmeza, e isso facilita na oferta do alimento com colher. A recomendação, é que a oferta de alimentos seja lenta e gradual, pois tanto a colher, quanto os sabores são novos para a criança. Nessa fase ela vai começar a distinguir entre as texturas, os sabores, e por isso é contraindicado o uso do liquidificador, pois ele vai desestimular o ato de mastigação (FERREIRA et al, 2009).

Vale ressaltar que embora essa prática ainda seja comum, no nosso estudo houve uma prevalência também de mães que estavam cientes da forma correta de oferecer os alimentos em relação à sua consistência.

*“...não, quando eu faço a batatinha, cenoura, essas coisas, tudo eu sempre amasso bem amassadinha, também porque na plestra a enfermeira falou que não era bom bater no liquidificador nem nada, né, sempre amassadinho, e eu também não gosto de nada batido no liquidificador né...” M6*

*“...eu coloco uma colher de arroz, aí eu ponho, eu não gosto de dar batata não, que eu já coloco o arroz, aí eu coloco batata doce né, aí eu ponho batata doce, cenoura, aí cozinho bem cozinhadinho e amasso pra ele já que não pode bater no liquidificador né...” M13*

*“...é amassado, tudo pra ele eu dou amassado, eu não bato no liquidificador não, é tudo amassado...” M27*

É preferível o uso de papas brando-pastosa (BRASIL, 2002). A modificação da consistência dos alimentos a partir da alimentação complementar, vai contribuir no desenvolvimento de funções como o processo de mastigação, deglutição e digestão. Isso implica no desenvolvimento e fortalecimento da musculatura facial, na dentição, e na melhora da irrigação cerebral (CASTRO et al, 2008). Recomenda-se iniciar gradativamente a oferta de alimentos e concomitantemente modificar a sua consistência até chegar à alimentação da família (SILVA et al, 2010).

Podemos observar ainda, aspectos relacionados ao intervalo das refeições:

*“...ela come de manhã, ela toma uma mamadeirinha de leite, as 10 horas ela come a papinha de banana, aí meio dia ela toma a sopinha de verdura, o frango ou carne moída...” M9*

*“...quando ele acorda, a mulher que cuida dele, que eu saio 5 horas né, aí ele mama, e quando é sete horas ela dá leite com biscoito, quando é nove horas ela dá uma fruta, aí no almoço ele come arroz, feijão, carne moída...” M10*

*“...ultimamente ele já ta acordando almoçando, porque ele ta acordando já 11 horas ele ta acordando, ele ta dormindo meia noite...” M13*

*“...primeiro quando ele acorda eu dou de mamar, aí depois de uma meia hora mais ou menos, as vezes até mais, aí eu dou uma frutinha pra ele, aí*

*beleza, aí depois mama de novo, não assim seguido né, antes do almoço, e lá pra, a gente almoça tarde, aí meio dia uma hora, ele come a papa salgada...” M18*

Podemos identificar através das falas, que algumas crianças tem um intervalo muito pequeno entre as refeições, em alguns casos esse tempo é menor do que duas horas, isso pode ocasionar uma ingestão menor na refeição seguinte. Algumas crianças acordam tarde, e isso provoca uma substituição do café da manhã pelo almoço, promovendo a perda de alguma refeição.

A mãe é a mediadora entre o alimento e a criança, o vínculo dado nesse momento é importante pois trás um envolvimento materno maior, podemos ver que a mãe interfere na forma como é ofertado o alimento para a criança.

*“primeiramente ele não tá tomando café da manhã não, porque eu acordo tarde aí eu dou só um lanche pra ele, só a papinha” M12*

Observaou-se pelas falas das mães, que as mesmas estão oferecendo alimentos industrializados, pela facilidade do acesso e preparo, e pelo baixo custo, embora sejam alimentos de baixo teor nutricional e alto teor calórico.

*“é porque eu sou danada, é porque eu trabalho fora, e pra não dar muito trabalho eu compro uma sopinha, da Nestlé®, porque eu fico com medo dela passar fome, e as vezes não dá tempo de fazer, e aí eu já deixo lá” M5*

*“...3 horas ela come danone...” M7*

*“...ele ta dormindo meia noite, aí quando ele acorda mais cedo umas 10 horas, aí eu dou um Danoninho®...” M13*

Observamos uma formação de hábitos inadequados nessas crianças, esse hábitos com o passar do tempo permanecem. Quando a criança chega à fase adulta, os hábitos da infância ficam incorporados, ela tem uma lembrança de gostos e cheiros vivenciados no passado, e para ela, na maioria das vezes, os alimentos industrializados vão ter um gosto agradável (HOLLAD, 1999).

No estudo de Bernardi et al (2009), houve um aumento no consumo de alimentos previamente preparados, indicando um mal hábito alimentar e um aumento de espaço para alimentos de fácil preparação, e que facilita a vida da mulher que está trabalhando.

A oferta de alimentos altamente energéticos e de baixo valor nutricional, associado ao abandono do leite materno no início da vida, trazem um comprometimento no crescimento e no desenvolvimento da criança. Isso ainda pode diminuir a proteção imunológica e desencadear processos alérgicos, bem como trazer distúrbios nutricionais (TOLONI et al, 2011).

Os alimentos industrializados contém uma grande quantidade de sódio, devido a sua utilização na conservação de alimentos. O seu uso excessivo na dieta está relacionado com patologias crônicas não transmissíveis (SOUZA et al, 2014). A excessiva ingestão de sódio pelos lactentes está associada ao desenvolvimento precoce de hipertensão arterial. O sal quando estimulado em diversas espécies de mamíferos, incluindo o homem, contribuem para a preferência futura por esse tipo de alimento (BRASIL, 2012).

*“...eu não coloco óleo, o óleo é uma quantidade bem pequena com óleo, pouco sal, e outros temperos, esse outros temperos né, caldo de galinha, porque eu já vi mães comentando que colocam caldo knor, você conhece né? Na sopa, e não é muito bom porque eles têm muito sódio...” M20*

Hoje, existe uma diversidade de ervas e vegetais que podem ser utilizados no preparo das refeições e que oferecem um sabor ao alimento, reduzindo o uso de sal, além disso, elimina a necessidade de usar condimentos prontos que possui um alto teor de sódio, de gorduras, conservantes, corantes e adoçantes. É recomendável a utilização de temperos frescos como cebola, alho, tomate, pimentão, hortelã, alecrim, cominho, gergelim, endro, louro, cebolinha e sucos de frutas como laranja, limão, mexerica. Estes sucos são fontes de vitaminas e minerais, podendo ser utilizados como temperos, e também são importantes para o crescimento da criança, e ótimos substitutos para o sal (BRASIL, 2007, BRASIL, 2002; BRASIL, 2009). Em nosso estudo, prevaleceu o uso de temperos frescos como forma de preparar o alimento da criança em substituição ao sal, embora mesmo utilizando esses temperos de origem natural, as mães vêem uma necessidade de acrescentar sal junto deles.

*“tempero natural, só que com menos sal né” M5*

*“...porque assim eu tempero com azeite, não é com óleo; com alho, sal e cebola...” M15*

*“...porque quando a gente machuca o alho, mistura lá um pouco de sal né, normalmente a gente costuma usar sal pra temperar o alho” M20*

Nesta categoria podemos ver a compreensão das mães, embora, pelos relatos, possamos perceber que a alimentação complementar não está sendo oferecida segundo as melhores orientações do Ministério da Saúde e estudos atuais.

### **5.2.2 Categoria 2: “...então está tudo nos conformes”**

Quando perguntadas se consideravam o alimento oferecido à criança saudável, a maioria das mães afirmaram que sim, conforme pode ser constatado pelas falas a seguir:

*“acho que sim... , assim ele ta comendo tudo direitinho, to dando o sulfato ferroso, então está tudo nos conformes” M2*

*“é saudável, mais um pouquinho, porque eu dei de tudo né...” M4*

*“...eu acho que é saudável” M10*

*“não sei, eu acho que é, pra mim é” M13*

*“eu acho que é saudável” M14*

*“eu acho que é saudável, eu acho” M15*

Para algumas mães a alimentação é saudável por possuir em sua maioria apenas verduras e legumes, conforme falas abaixo:

*“...verdura e fruta eu dou de tudo quanto é tipo, ele não come por exemplo, é...só come natural, o que é mais saudável do que o natural?...” M3*

*“assim, eu acho que é saudável né, sei que varia as verduras, tem a fruta” M17*

*“ah, eu acho que é saudável, porque é só legumes, fora os legumes é a carne, e eu dou bem poquinho arroz...” M21*

Uma alimentação saudável é aquela que atende as exigências do corpo. Uma alimentação deve ser variada, incluindo vários grupos de alimentos, com vistas a oferecer diferentes nutrientes (cereais, frutas, hortaliças, carnes, laticínios e feijões), deve ser também equilibrada, com um cuidado na a quantidade de cada alimento ofertado, além disso deve ser suficiente, ou seja, em quantidades que respeitem as necessidades de cada um (OLIVEIRA et al, 2015; BRASIL, 2007).

Às vezes, o grupo de frutas e verduras é considerado pelas mães o mais importante na alimentação.

*“é normal, ela come bastante, pelo menos o almoço, a comida e a fruta que é o mais importante ela come bem...” M26*

A premissa de que hortaliças e frutas são os alimentos mais importantes, é oriunda do fato desses tipos de alimentos serem fontes de vitaminas, minerais e fibras. Normalmente esses alimentos não são bem aceitos pelas crianças, pelo fato da criança pequena ter preferência por alimentos mais doces. Quando a criança recusa o alimento, em outros momentos deve ser oferecido novamente, para que a criança o aceite, deve-se oferecer em 8 a 10 repetições, em momentos diferentes. A fruta deve ser oferecida na forma de papa ou purê (BRASIL, 2002).

No estudo de Vítolo et al (2014), houve um impacto positivo sobre a prevalência de lactentes que recebiam frutas, carnes e fígado numa frequência adequada.

O tempo dedicado no preparo das refeições foi um fator importante na percepção da mãe sobre a qualidade da alimentação ofertada:

*“poderia ser mais se eu tivesse mais tempo né, de preparar tudo, seria bem mais, se eu tivesse só a disposição dele, porque eu não tranquei, eu continuei, eu vou pra faculdade com ele desde 15 dias, eu comecei a colocar a alimentação dele com 4 meses, eu conversei com o pediatra, ele falou não, pode começar com banana...” M8*

O trabalho, ou outra ocupação, tem sido observado como um facilitador no desmame e o tempo do aleitamento materno. As mães que não trabalham fora do lar, tem uma disponibilidade maior para o aleitamento, assim o trabalho tornou-se uma atribuição do cotidiano da mulher, esse fato tem provocado uma introdução precoce de alimentos (CASTRO et al, 2008)

Observou-se também uma preocupação em substituir o leite materno pelos alimentos antes dos 6 meses de idade:

*“olha, eu procuro dar o mais saudável possível né, as vezes a gente até peca, porque criança quer algumas coisas que a gente dá e não deveria, né, na verdade, igual doce, na verdade pra ele ainda não é bom né, o médico mesmo já avisou, mas assim, eu tento dar assim o que é mais saudável possível, até mesmo porque eu sei que o leite não sustentava ele, ele sentia muita falta de comer outras coisas né, sentia fome, então assim leite era o tempo inteiro, o tempo inteiro, o tempo inteiro, assim eu compro aquela lata grande que o médico passou, nossa, não tava dando uma semana, então assim, ele ficou muito toda hora, toda hora, toda hora mamadeira e assim, ele faz xixi, cabou né, aí fica com fome de novo, então assim eu não acho que fez mal nenhum, por que até mesmo que a minha filha mesmo, ela parou de mamar aos três meses, e eu comecei a dar de tudo também, e ela se você ver, ela é maior que eu, e assim ela é bem forte, e a coisa mais difícil é ela ficar doente, né, e ela é bem saudável mesmo graças a Deus” M6*

Há uma justificativa por parte das mães para a introdução de alimentos precoce, onde ela afirma que o leite materno é “fraco. Outros estudos, como o de Soares et al (2000), de Escobar et al (2002), de Ramos e Almeida (2003) e de Castro et al (2008) também mostram que o motivo para o abandono do aleitamento materno por parte das mães se dá pela concepção de que o leite materno é “fraco”, não suprimindo as necessidades nutricionais da criança.

O leite materno é constituído de nutrientes em qualidade e quantidades necessárias para a manutenção da saúde da criança nos seus primeiros seis meses de vida. A maioria dos lactentes não necessitam de nenhum outro alimento nesse período. Mas fatores como a “pega”, a interrupção do aleitamento antes de sugar o leite, podem ser fatores que podem prejudicar o ganho de peso (CASTRO, 2008).

Outro fator observado na percepção da alimentação saudável, foi interpretação que o alimento saudável é caro.

*“...eu penso que sim, é saudável sim a comida que ele come, e a gente não pode dar muito porque a gente não tem condição de dar outro tipo de comida mais saudável pra ele” M22*

Os alimentos industrializados são mais caros, porque exigem principalmente tecnologia no seu processo de fabricação, embalagem e distribuição. As indústrias ainda manipulam os ingredientes deixando com um sabor mais agradável, com o intuito de promoverem esse produto. Assim, esse processo de fabricação deixa ele mais caro em relação aos alimentos de origem natural (BRASIL, 2009).

A alimentação saudável pode ser acessível, basta um planejamento adequado de quais alimentos comprar e quais evitar. Também comprar frutas da estação, que têm preços mais baixos, é uma estratégia de ter uma alimentação mais saudável e barata (BRASIL, 2007).

Pela pesquisa, constata-se que as mães acreditam e aceitam as informações que são repassadas durante as consultas.

*“é, porque a nutricionista que passou, ela me deu a folha, a receita direitinho, é normal” M29*

A formação profissional, e o conhecimento adquirido, também foi um fator observado na pesquisa, como facilitador na qualidade da alimentação.

*“ah, eu acho que é saudável, eu me preocupo muito com isso, porque alimentação lá em casa, meu marido também é Personal, aí ele só come coisa saudável, é dieta o tempo todo, é frango grelhado, é azeite com acidez menor do que 5, é bem certinho a nossa alimentação graças a Deus, pelo menos isso” M11*

Através dessa categoria observamos que a percepção das mães sobre a qualidade dos alimentos é que ele é saudável, mas através das falas observamos pontos que precisam ser orientados, como a oferta de alimentos industrializados e a introdução precoce de alimentos complementares.

### 5.2.3 Categoria 3: “Com água e sabão”

Perguntadas sobre a forma de higienização dos alimentos, como folhagens, verduras e legumes, predominantemente observamos o uso de água e sabão.

*“com água e sabão” M1, M7, M23, M29*

*“...eu gosto de passar a bucha de sabão em tudo, em tudo eu gosto de lavar”  
M6*

*“eu lavo com sabão e a escovinha, aí eu enxugo e ponho na geladeira” M10*

*“eu lavo com água e sabão, até mesmo porque é algo que a gente no supermercado, é algo que todo mundo pega, a gente não sabe né, acho que só água não mata, eu procuro lavar com sabão” M19*

As frutas, verduras e legumes que forem consumidos crus e/ou com casca, devem ser lavados com água corrente, esfregando bem na superfície das frutas, verduras e legumes, a fim de retirar toda a sujeira; e as folhas devem ser lavadas uma a uma.

*“eu passo detergente e bucha nas verduras, e banana não lavo, agora quando é pêra essas coisas, eu passo bem a bucha, e enxaguado bem enxaguadinho” M25*

*“água e sabão, eu gosto de lavar tudo com bucha” M27*

*“água e sabão, e eu passo bucha antes de guardar” M28*

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o processo se resume em colocar em uma bacia plástica, ou de vidro 1 colher de sopa de água sanitária sem perfume para cada litro de água limpa, e misturar bem. Depois colocar as frutas, verduras e legumes de molho nesta mistura de forma que fiquem totalmente submersas, deixando por um período de 15 minutos. E após esse tempo, enxaguar bem em água corrente para retirar o cheiro de água sanitária.

*“é, eu lavo com água e sabão, depois como eu não tenho aquele cloro de lavar verdura, eu pego e coloco uma gota de Qboa[água sanitária]” M15*

*“é, eu lavo com água e sabão, depois como eu não tenho aquele cloro de lavar verdura, eu pego e coloco uma gota de Qboa” M17*

*“água e sabão, as vezes coloco de molho né, com um pouco de Qboa, aí coloco um pouco de molho né” M20*

A falta de higiene no preparo dos alimentos é uma das causas de diarreia em crianças, ou na má conservação deles, como alimentos que são preparados com muita antecedência da refeição e deixados fora da geladeira, ou em cima da mesa, ou do fogão (BRASIL, 2009).

Os utensílios que são utilizados no preparo do alimento e também quando são servidos, devem ser lavados com água e sabão e devem ser enxaguados, vitando restos de comida nos utensílios.

A pessoa que prepara os alimentos também deve prezar pela higiene lavando as mãos com água e sabão toda vez que for preparar, e toda vez que for servir o alimento, com vistas a evitar a contaminação dos alimentos e a transmissão de doenças causadas por alimentos. Deduz-se que a prática de lavagem das mãos reduz de 14 a 18% a incidência de diarreia (BRASIL, 2002)

*“lavo com água e sabão e dependendo se for couve ele já come com um pouquinho de vinagre, e a minha mãe me ajuda...” M8*

*“eu lavo, eu costume lavar quando é alguma coisa assim, que vai folha eu costume lavar com água sanitária, e depois eu coloco assim o vinagre, e deixo um poquinho no vinagre” M21*

A desinfecção é a fase mais importante no processamento de produtos para consumo cru, e alimentos como esses devem estar livres de patógenos para o consumo. As doenças que são transmitidas por alimentos, são o problema de saúde pública mais prevalente no mundo contemporâneo, devido aos novos microrganismos patogênicos, e o desenvolvimento de produtos alimentícios. A desinfecção com cloro ou com vinagre, e com o enxague com água limpa, são capazes de beneficiar a manutenção de uma boa qualidade destes (MOREIRA et al, 2013).

Seis(6) mães relataram utilizar apenas a água como forma de higienizar os alimentos.

*“só com água” M3*

*“com água, só com água mesmo, esfrego bem” M5*

*“com água quente” M9*

*“só água, eu lavo bem lavada” M16*

*“com água” M24*

*“com água” M26*

Através dessa categoria observamos que as mães têm um conhecimento da forma adequada de higienização e preparo prévio dos alimentos para o consumo da criança, mas em alguns casos ainda precisa haver uma orientação clara de como fazê-lo.

#### **5.2.4 Categoria 4: “...No momento pra mim tá o essencial”**

Quando perguntadas se as informações recebidas nas consultas de CD eram suficientes para fazer adequadamente o cuidado relacionado à alimentação, 11 mães tiveram uma resposta positiva.

*“eu entendo bem o que eles falam, e não fico em dúvida não” M1*

*assim, no momento pra mim tá o essencial M9*

*“eu acho que elas são suficientes, eu aprendo muita coisa, sempre eu pergunto ele fala a dúvida que eu tenho” M12*

*“eu acho que tá ótima” M13*

*“...tudo que eu tenho dúvida eu pergunto e eles me respondem” M14*

*“...são suficientes” M16*

*“eu acho que sim, são suficientes” M19*

*“...eu não vi nada a desejar não, tudo que eu pergunto eles esclarecem, falam direitinho, dão orientação, eu não achei nada a desejar” M23*

*“quando eu consulto, pra mim é suficiente, que aí eu pergunto, e eles respondem as minhas dúvidas, eles explicam tudinho” M25*

*“não, pra mim é suficiente, no começo eu sabia de nada, que eu sou mãe de primeira viagem, ele sempre me ensinou direitinho, eu faço o que eles mandam” M29*

Nas falas que se seguem, percebe-se que o respeito pelo profissional de saúde influencia na aceitação das informações que estes repassam durante as consultas e que, tanto o médico, quanto o enfermeiro orientam pais e cuidadores sobre a alimentação da criança e devem zelar pela mensagem que transmitem.

*“são suficientes, porque muitas vezes as outras mães chegam e conversam, e falam: mãe, você vai seguir as orientações dos médicos, você vai criar seus filhos seguindo a orientação dos médicos? Aí eu falo: claro que sim né, a orientação que o médico está dando é a certa né. Aí tem outras que não, que não seguem a orientação, dá remédios, dá comidas sem ser a certa” M20*

*“eu acho que deveria ser mais, é bom, não deixa de ser bom, ele sempre informa tudo direitinho, eu acho que eu consigo mais informações mesmo com a enfermeira do que com o próprio médico, ela é ótima, ela explica tudo direitinho, ela é excelente, ela passa muita informação boa, mas tem que né, consultar com o médico, então as informações, acho que ele deveria melhorar um poquinho, melhorar algumas coisa, algumas coisas é falho, a gente que tem que perguntar, às vezes a mãe não tem interesse, eu é porque eu olho muita coisa na internet, eu olho, quero saber, eu procuro ver com as outras mães, mas tem mãe que não tem isso, ela não procura saber, então é bom eles passar mais informações a respeito da alimentação e tudo isso,*

*porque tem mãe ali que fala, eu dou leite ninho pra minha filha, leite Ninho® é pra criança de 1 ano, e ela dando leite Ninho® pra uma criança de 3, 4 meses, porque as vezes o leite ele não tá coseguindo amamentar, então essas informações você fica até com vergonha de falar com o médico, com medo de brigar, então eles não passam as informações que deveriam passar mesmo, que é importante” M11*

Ainda observamos uma insatisfação quanto ao tempo das consultas, onde o menor tempo limita na checagem das dúvidas relacionadas ao cuidar. Há casos em que as consultas têm um tempo rápido, o que ocasiona uma insatisfação e uma deficiência de informações, e uma repetição de outras. É necessário que os profissionais que atendem essas crianças, façam questionamentos sobre as reais necessidades e dúvidas das mães, com base no ponto de vista assistencial, encontrando alternativas viáveis nos problemas, e na falta de conhecimento (COSTA et al, 2011).

Observa-se uma preocupação quanto ao que o médico pergunta e orienta, como um mediador do processo alimentar, como um modelo que ensina o que deve ser adotado, fazendo com que somente as dúvidas levantadas pelas mães sejam debatidas. A falta de informação também é observada através dos alimentos que podem ser oferecidos, e aqueles que não estão de acordo com a idade. No estudo de Caetano et al (2010), a maioria das mães tinham como prática alimentar, a experiência de vida ou da família na alimentação de seus filhos.

*“nem sempre, algumas deixam assim a desejar, as consultas são muito rápidas, outras vezes é assim, você vê que as informações que ele dá assim, isso aí eu já sabia, e não foi isso que eu vim procurar, na verdade as vezes deixa muito a desejar” M6*

*“são poucas, muito poucas, o médico ele quase não pergunta, eu tenho que partir de mim, só examina ali e pronto, é rápido, geralmente no particular eles examinam melhor, investigam melhor no caso” M8*

*“as vezes falta assim na questão do tipo de alimento que você pode dar e aquele que não é bom, acho que falta mais nessa parte mesmo, se pode dar, se vai prender intestino, se vai soltar de mais” M28*

*“nem sempre, que nem a comida eles não falam dieta, o que que a gente pode dar e o que que não pode, só fala assim tem que começar a dar papinha, só fala tem que dar verdurinha e só, não fala o que que especificamente é bom a criança comer e o que que não é, não especifica direito como que é melhor, e como não é, a gente aprende com o povo né, com a família também” M26*

*“eu acho que falta bastante coisa, igual pra começar ela na ultima consulta o Doutor S falou que era pra começar a introduzir, porque ela tava bem, ela tava ressecando, antes ela fazia todos os dias, aí ela começou a a fazer de quatro em quatro dias, aí quando ela veio pra consulta aí eu reclamei: doutor ela não ta fazendo isso é normal? Ele falou que é a questão do meu leite do peito, e nisso eu não introduzia nada, deixava ninguém colocar nada na boca dela. Aí ele falou que era por causa do leite que fica gorduroso e tal, e mandou introduzir as papinhas, mas eu esperei o dia 21 que era o dia que ela fazia 6 meses para começar a introduzir, aí já tem duas semanas que eu comecei a introduzir, e na primeira semana eu fiz só assim uma frutinha,mas só que ela não gostou, aí se eles informassem bem, aí agora mesmo eu fui pelo que minha mãe e minha sogra falava: bota comida nessa menina. Porque por elas eu tinha introduzido pelo quarto mês. E eu falei, vou esperar. Aí eles poderiam falar mais assim né, porque se a gente for seguir a risca do que ta ali naquele papel, igual fala, criança não é um boneco, porque você bota ali e coloca o que eles quer, e não dá pra colocar uma papinha de um legume só, porque a criança não ta comendo, e ela não tava comendo mesmo” M30*

Para suprir as necessidades da saúde alimentar infantil, é primordial ter um olhar histórico, social e familiar, pois isso vai exigir uma análise além da clínica, e das necessidades básicas. A orientação dos indivíduos deve estar fundamentada no diálogo em uma relação horizontalizada, na busca da construção do saber, na recuperação e proteção da saúde (MONTEIRO et al, 2011).

É importante uma identificação na linguagem da mãe sobre a compreensão da informação que foi passada, somente passar a informação não garante a qualidade da mensagem transmitida.

*“eu acho que falta, eu nem sei se falta, eu vou mais por mim, igual eu to dando mais coisas, porque ela teve problema, e aí eles fizeram muita confusão na minha cabeça, aí do meu jeito eu acho mais fácil, porque eles falam, isso pode isso não pode, e fica fazendo, e daqui a pouco eles pensam que você nem ta fazendo o que eles mandou, igual suco, a nutricionista falou que não podia dar eu achava que podia” M24*

A comunicação é uma estratégia básica da humanização, e consiste em perceber cada pessoa como um indivíduo único, com suas necessidades específicas, facilitando a interação através do diálogo aberto. É importante lembrar que a comunicação envolve a linguagem verbal e não verbal, ou seja, isso vai além de apenas palavras, mas também dos gestos, expressões faciais, movimentos do corpo, a distância entre as pessoas. Assim estratégias precisam ser adotadas como forma de atender as necessidades dos familiares (MARQUES et al, 2009).

O acompanhamento de perto da criança, com maior frequência de consultas e atendimento, também foi apontado como facilitador no processo de aprendizagem das informações.

*“é, dos médicos eu até acho suficiente, mas é porque hoje é diferente, porque antes não tinha esse acompanhamento médico, hoje você tem que sair todo mês de casa pra trazer esse menino no médico, e tem que vim, ah tem hora que a gente cansa, na idade que eu tenho começa a cansar” M21*

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), essas faixas etárias são selecionadas, pois são os momentos de oferta da imunização, e de orientações de promoção da saúde, e prevenção de doenças. Caso a criança necessite de uma maior atenção, ela é vista com mais frequência (BRASIL, 2012).

O nutricionista entra como também um mediador na oferta dos alimentos.

*“olha, igual hoje mesmo, é até complicado falar assim, porque a última dele foi sobre alimentação, aí ele ah não altera, então assim, quem sou eu pra dizer, eu não sei, aí ele falou vou te passar pra nutricionista, aí então eu acho, não sei se ele ta fazendo certo, mas acho que sim né, não sei, porque eu queria saber, e ele falou, olha, não dá tempo, vou te encaminhar pra*

*nutricionista, então eu tive que marcar uma consulta com a nutricionista”*  
*M18*

Para Boog (2008), a promoção da alimentação saudável não deve ser somente dos nutricionista, mas compartilhada pelas equipes. Os profissionais que estão relacionados com a promoção da saúde devem ter um conhecimento mínimo de nutrição. É importante uma multiprofissionalidade na promoção da saúde na atenção básica, levando em consideração também, os casos que nela chegam.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para primeiro identificar o conhecimento alimentar das mães, primeiro foi necessário fazer uma caracterização dessas mães. No presente estudo, a maioria das mães tem o segundo grau completo, o que caracteriza um conhecimento mínimo para aprender sobre a melhor forma de cuidar da alimentação de seus filhos. Mas mesmo assim foi perceptível que muitos pontos precisam ser mudados.

A relação entre usuário e paciente ainda é verticalizada, onde há uma hierarquia de saberes, fazendo com que a informação seja de cunho científico e não numa linguagem acessível, e de fácil interpretação. O saber deve estar fundamentado no público alvo a que se destina, por isso ainda é difícil a relação de profissionais e usuários na adequação de estratégia de mudanças de hábitos, e adoção de práticas baseadas em evidências.

É importante ainda ver que, há uma preocupação de algumas mães sobre o que é oferecido, mesmo não tendo um conhecimento prévio, onde elas buscam uma mudança, e pesquisam sobre a melhor forma de ofertar o alimento.

A alimentação é a base do ser humano, ela inicia logo após o nascimento e acompanha o indivíduo até a morte. A enfermagem em seu papel cuidador, deve ter um olhar como um todo sobre o indivíduo, onde a saúde da criança é peculiar e deve ser tratada de maneira individualizada.

As consultas de CD, são momentos primordiais na identificação das dúvidas mais frequentes e na adoção de ações em saúde para a população relacionadas a essa demanda. A Unidade Básica de Saúde, deve ultrapassar seus muros e ir até às famílias dando suporte em suas dificuldades relacionadas à saúde, no seu papel de prevenção.

Esse estudo trouxe uma compreensão de que o cuidador tem um papel fundamental na alimentação da criança, a alimentação adequada previne agravos, e promove um crescimento adequado da criança, evitando danos. O aleitamento no tempo certo é de fundamental importância no desenvolvimento.

Os resultados desse estudo pretendem contribuir para um direcionamento de atividades de promoção da saúde, voltada para o indivíduo como um todo, na capacitação e bem estar do usuário.

As limitações desse estudo estão na incorporação de sujeitos de apenas uma localidade da Regional de Ceilândia, não incorporando mães de outras localidades.

Nesse sentido ressalta-se uma importância em pesquisas futuras, que façam uma identificação do conhecimento alimentar de mães de outros locais que realizam a atenção primária tanto na Ceilândia, quanto no Distrito Federal.

## 7. REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. B et al. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev Nutr.** n. 20, p. 55-62, 2007.

BARTOSHUK, L. M. Comparing sensory experiences across individuals: recent psychophysical advances illuminate genetic variation in taste perception. **Chemical Senses**, [S.l.], v. 25, p. 447-460, 2000.

BERNARDI, J. L. Det al. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Rev Panam Salud Pública.** v. 5, n. 26, p. 405-411, 2009.

BIRCH LL. Conducta alimentar en los niños: perspectiva de su desarrollo. **Nutrición y Alimentación del Niño en los Primeros Años de Vida.** Washington: OPAS; 1997.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-42, Porto Alegre, 2008.

BRASIL. **A história da Nestlé.** Acesso em <<http://www.nestle.com.br/site/anestle/historia.aspx>> Acesso: 24/05/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Alimentação Infantil:** cartilha de orientação aos pais. Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/ii\\_forum\\_edu\\_an/alimentacao\\_infantil\\_cristiane\\_machado.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/ii_forum_edu_an/alimentacao_infantil_cristiane_machado.pdf)> Acesso em 21/04/2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Criança: nutrição infantil.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)> Acesso em: 20/02/2014.

BRASIL, Ministério da Educação. **Alimentação saudável e sustentável.** Brasília: Ministério da Educação; Secretaria de Educação Básica; 2009.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de Orientação, Departamento de Nutrologia:** alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo, p.64, 2006.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de Orientação, Departamento de Nutrologia:** alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar. Rio de Janeiro, p.27, 2012.

CAETANO, M. C et al. Alimentação Complementar: práticas inadequadas em lactentes. **J Pediatría.** v. 3, n. 86, p. 196-201, 2010.

CAMPOS, C. J. G. **Metodologia qualitativa e método clínico-qualitativo:** um panorama geral de seus conceitos e fundamentos. Disponível em <<http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/poster1/05.pdf>> Acesso em: 23/02/2014.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **J. Pediatr.** (Rio J.).Porto Alegre, v. 86, n. 3, p. 179-188, jun, 2010.

CASTRO, L. M. C et al. Concepções de mães sobre alimentação da criança pequena e a introdução de alimentos complementares. **Cad. Saúde Colet,** v. 1, n. 16, p. 83-98, 2008.

CERESER, N. D et al. Botulismo de origem alimentar. **Ciência Rural**, [S.l.], v. 38, n. 1, p. 200-287, jan./fev, 2008.

CODEPLAN. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios** – Ceilândia – PDAD 2010/2011. Brasília (DF), 2011. Disponível em <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2011/PDAD%20Ceil%C3%A2ndia-2010-2011.pdf>> Acesso em 21/02/2014.

COSTA, G. D et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

DEWEY, K. G. ; BROWN, K. H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. **Food Nutr. Bull.**, [S.l.], v. 24, p. 5-28, 2003.

DOWLING, D. A. Lessons From the Past: A Brief History of the Influence of Social, Economic, and Scientific Factors on Infant Feeding. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 5, n. 1, p. 2-9, março, 2005.

ESCOBAR, A. M. Uet al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 2, n. 3, p. 253 - 261, 2002.

EVANGELISTA, M. B.; ROVAI, M. G. O. Da fala à escrita: processos e procedimentos em busca da construção narrativa. **Revista História Agora**, n.9, 2010.

FARIAS JÚNIOR, G., OSÓRIO, M. M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Revista de nutrição. Campinas**, v. 18, n. 6, p. 793 - 802, 2005.

FERREIRA, V. J et al. Alimentação no Primeiro Ano de Vida: a conduta dos profissionais de saúde e a prática exercida pela família. **CERES**, v. 3, n. 4, p. 117-129, 2009.

FREEMAN, V et al. Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: the Euro-growth study. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v.31, n. 1, p. 76-85, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J., VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **J Pediatr.** Rio de Janeiro. v.3, n. 76, p. 253-62, 2000.

HOLLAND, C.V. **A creche e o seu papel na formação de hábitos alimentares.** Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, Faculdade de Economia e Administração da USP, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo; 1999.

LEATHWOOD, P.; MAIER, A. Early influences on taste preferences. **Nestle Nutrition Workshop.** v. 56, p. 127-38, 2005.

MACHADO, A. K. F et al. A. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva.** v. 19, n. 7, p. 1983-1989, 2014.

MAIS, L. A et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 1, n. 19, p. 93-104, 2014.

MARQUES, R. C et al. Comunicação entre Profissional de Saúde e Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. **Rev. Enferm. UERJ,** v. 1, n. 17, p. 91-95, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, M. L., 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.** v. 4, n.23, p. 353-359, 2012.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L.: A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. adm. publica;** v. 4, n. 39, p. 823-847, jul-ago, 2005.

McGILL, H. C et al. Early determinants of adult metabolic regulation: effects of infant nutrition on adult lipid and lipoprotein metabolism. **Nutr Rev,** v. 54, n. 2, p. 31-40, 1996.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2002.

MONTE, C. M. G., GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J Pediatr**. v. 5, n. 80, p. 131-41, 2004.

MONTEIRO, A. I et al. A Enfermagem e o Fazer Coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Rev Rene**. v. 12, n. 1, p. 73-80, 2011.

MONTEIRO, F. P. M et al. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro v.14 n.2 abril-junho, 2010.

MOREIRA, I. S et al. Eficiência de soluções antimicrobiana na desinfecção de alface tipo crespa comercializada em feira livre. **Revista Verde de agroecologia e desenvolvimento sustentável**, v. 8, n. 2, p. 171-177, Rio Grande do Norte, 2013.

OLIVEIRA, J. M et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública**. v. 2, n. 31, p. 377-394, 2015.

OLIVEIRA, L. P. M et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição de Campinas**, v. 18, n. 4, p. 459 - 469, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>> Acesso: 05 de junho de 2014.

PIACENTINI, G. L. et al. Artificial feeding: progresses and problems. **Ann Ist Super Sanita**. v.31, n.4, p.411-8, 1995.

RAMOS, C. V., ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**. v. 79, n. 5, p. 385 - 390, 2003.

RAMOS, M., STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J Pediatr.** v. 3, n. 76, p. 229-37, 2000.

SILVA, L. M. P et al. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev. Nutr. Campinas.** v. 6, n. 23, p. 983-992, 2010.

SOARES, N. T et al. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. **Revista de Nutrição.** v. 13, n. 1, p. 167 - 176, 2000.

SOUZA, M. P et al. Análise do consumo de alimentos fonte de sódio e excesso de peso em escolares do município de Rio Pardo, RS. **Cinergis,** v. 1, n. 15, p. 39-42, 2014.

SOUZA, N. K. T et al. Aspectos Envolvidos na interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo. **Com. Ciências Saúde,** v. 4, n. 22, p. 231-238, 2011.

TOLONI, M. H. A et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Rev. Nutr.** v. 24, n. 1, p. 61-70, 2011.

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

VÍTOLO, M. R., BORTOLINI, G. A. Iron bioavailability as a protective factor against anemia among children aged 12 to 16 months. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro. v. 1, n. 83, p.33-38, 2007.

VÍTOLO, M. R et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cad, Saúde Pública.** v. 8, n. 30, p. 1695-1707, 2014.

VÍTOLO, M. R. **Nutrição: da gestação à adolescência.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2003.

WERLANG, B. G., BOTEGA, N. J. Entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio. **Rev Bras Psiquiatria**. v. 4, n. 25, p. 215-9, 2003.

WHO, World Health Organization. **Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: World Health Organization; 2009.

## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa: “*Conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes a partir dos 6 meses de idade.*”

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

A sua participação nessa pesquisa será por meio de respostas a um questionário sobre o seu conhecimento da alimentação de seu filho, com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização. Pedimos a permissão para gravar a entrevista para posterior conferência.

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

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 senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com o a Profa. Casandra G. R. M. Ponce de Leon, na instituição UnB-FCE telefone: (61) 3377.0615 ou 9196.6557, em horário comercial.

Este projeto será Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP-FEPECS). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325 4956 ou do e-mail [gab.fepecs@saude.df.gov.br](mailto:gab.fepecs@saude.df.gov.br)

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

---

Nome:

---

Profª Ms. Casandra G. R. Martins Ponce de Leon

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DA ENTREVISTA

### Instrumento de coleta de dados

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) união instável ( ) viúva ( ) separada ( ) divorciada

Escolaridade: ( ) analfabeta ( ) primeiro grau ( ) segundo grau ( ) superior

Idade do filho: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: \_\_\_\_\_

#### Roteiro de questionário.

1. O que o seu filho geralmente come?
2. Você acha que a alimentação do seu filho é saudável?
3. Como você higieniza os alimentos?
4. Você acha as informações passadas na consultas de CD suficientes?

## APÊNDICE C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa– FEPECS/SES-DF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE LACTENTES A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE

**Pesquisador:** CASANDRA GENOVEVA ROSALES MARTINS PONCE DE LEON

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33895514.9.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 754.724

**Data da Relatoria:** 18/08/2014

#### Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do recém-nascido, e após esse período, até chegar aos dois anos ou mais, o aleitamento materno complementado. A alimentação complementar é definida como o período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno.

A introdução de alimentos após os seis meses de idade deve complementar as várias funções do leite materno. A partir deste período a alimentação complementar visa suprir as necessidades nutricionais da criança e aproximar de seu cuidador, sendo este um novo ciclo da vida no qual são apresentados novos sabores, cores, texturas e aromas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Descrever o conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes a partir dos 06 meses de vida.

Específicos:

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

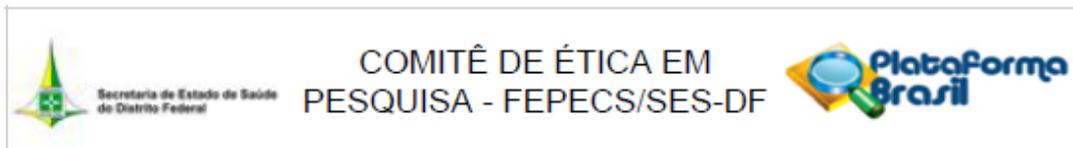
**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 754.724

- Avaliar o conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes.
- Identificar as dúvidas quanto à alimentação complementar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os sujeitos foram adequadamente identificados. Os benefícios da pesquisa foram apresentados, possibilitando conhecer o que as mães sabem quanto à alimentação complementar que estas deverão oferecer aos seus filhos após os 06 meses de vida, bem como suas dúvidas, dificuldades e pontos fortes, viabilizando a elaboração de intervenções efetivas do atendimento pelo SUS, no intuito de contribuir com a assistência à criança. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, a ser realizado no Centro de Saúde nº8 de Ceilândia/SES/DF, com previsão de início para o mês de outubro/2014.

Para a coleta de dados será utilizado o método da entrevista semi-estruturada, com aproximadamente 50 mães de lactentes. Com o objetivo de manter o anonimato, as entrevistadas serão identificadas com um número, além disso, todas as participantes deverão registrar sua anuência em participar do estudo por meio do TCLE.

Os dados serão avaliados pela análise de conteúdo proposto por Minayo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pelo Diretor do Hospital da Regional de Ceilândia/SES/DF.

Termo de Concordância: Apresentado. Documento assinado pela Coordenação Geral da Regional de Saúde de Ceilândia e Gerente do Centro de Saúde nº 08 da SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Crerios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

**Recomendações:**

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS		
Bairro: ASA NORTE		CEP: 70.710-904
UF: DF	Município: BRASILIA	
Telefone: (61)3325-4955	Fax: (33)3325-4955	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 754.724

privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

### Situação do Parecer:

Aprovado

### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

### Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 18 de Agosto de 2014

---

Assinado por:  
**LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS**  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com