

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CEFPEPS

Luana Miranda da Silveira

ALIMENTAÇÃO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Conselheiro Lafaiete

2013

Luana Miranda da Silveira

ALIMENTAÇÃO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde - CEFPEPS.

Orientador: Prof. Dra. Marlene Azevedo Magalhães Monteiro

Conselheiro Lafaiete

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

SILVEIRA, LUANA MIRANDA DA

ALIMENTAÇÃO INFANTIL NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA
[manuscrito]: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA/ LUANA
MIRANDA DA SILVEIRA. - 2013.

59 f.

Orientador: MARLENE AZEVEDO MAGALHÃES MONTEIRO.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção
do título de Especialista em FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

1. NUTRIÇÃO INFANTIL. 2. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO. 3.
EDUCAÇÃO EM SAÚDE. I. MONTEIRO, MARLENE AZEVEDO
MAGALHÃES. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de
Enfermagem. III. Título.

Luana Miranda da Silveira

ALIMENTAÇÃO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:

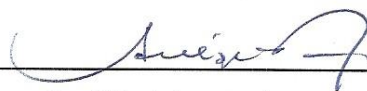
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde.

APROVADA: 14 de Dezembro de 2013.



Prof.ª Anadias Trajano Camargos
(UFMG)



Prof.ª Anézia Moreira Faria Madeira
(UFMG)

DEDICATÓRIA

A Deus, meu melhor amigo, minha família que sempre me deu suporte para caminhar e pelo amor incondicional, à professora Dra. Marlene Azevedo Magalhães Monteiro e à professora Anadias Trajano Camargos, ambas pela orientação sempre presente, sincera e repleta de palavras sábias.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu melhor amigo, que iluminou meu caminho dando-me força maior diante dos obstáculos.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para auxiliar-me nos momentos mais precisos e, ao mesmo tempo, por ter me ensinado a seguir seus exemplos e a perseguir meus sonhos.

Aos que amo, pelo amor, carinho e compreensão nos momentos de ausência, estando sempre presentes em meus pensamentos e corações.

A Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, por ter permitido a ampliação do meu conhecimento, onde superei meu próprio limite fazendo da Especialização minha maior dedicação.

A minha orientadora, professora Dra. Marlene Azevedo Magalhães Monteiro, e a professora Anadias Trajano Camargos, por acreditarem em meus objetivos, ajudando-me de forma segura e eficiente ao compartilhar seus conselhos e suas sabedorias.

A todos os meus amigos pela troca constante de ideias e solidariedade, compartilhando comigo momentos de companheirismo.

Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.

Albert Einstein

RESUMO

A alimentação complementar é definida como a oferta de outros alimentos ou líquidos à criança em adição ao leite materno. As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem grande importância na formação dos hábitos alimentares. Mas o sucesso da alimentação infantil dependerá da contribuição dos profissionais de saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar as orientações sobre a alimentação infantil para crianças no primeiro ano de vida e a contribuição das práticas educativas dos profissionais de saúde. Metodologicamente configura uma Revisão Integrativa. O levantamento bibliográfico abrangeu as publicações de 2002 a 2012, onde as bases utilizadas foram *SCIELO*, *MEDLINE*, *LILACS* e *CERES: NUTRIÇÃO & SAÚDE – UERJ*. A amostra final foi composta por 17 artigos. Dentre os estudos selecionados, 58,8% dos autores são nutricionistas, procedentes grande parte do Sudeste (70,5%) e a maioria com titulação de doutorado (53,0%). Quanto ao tipo de pesquisa, os artigos foram mais utilizados (94,1%) comparados as dissertações (5,9%), bem como os com delineamento quanti-qualitativo (35,2%). Houve grande diversificação de instrumentos para a coleta de dados. Observou-se também que os objetivos se mostraram claros em relação ao proposto e, através deles foram geradas quatro temáticas que foram discutidas de acordo com os resultados, conclusões e recomendações de cada autor dos estudos selecionados. Conclui-se que para alcançar uma alimentação infantil saudável é necessário, por parte dos profissionais de saúde, o reconhecimento dos aspectos simbólicos e culturais da alimentação infantil, permitindo maior proximidade entre o profissional de saúde e os cuidadores da criança.

Palavras-chave: Nutrição infantil; Atuação do enfermeiro; Educação em saúde.

ABSTRACT

Complementary feeding is defined as the provision of other foods or liquids to the child in addition to breast milk. Feeding practices during the first year of life are very important in the formation of eating habits. But the success of infant feeding will depend on the contribution of health professionals. The present study aims to analyze the guidelines on infant feeding for children in the first year of life and the contribution of the educational practices of health professionals. Methodologically configures an integrative review. Bibliographical survey publications from 2002 to 2012, where the bases were used SciELO, MEDLINE, LILACS and CERES : HEALTH & NUTRITION - UERJ. The final sample consisted of 17 items. Among the selected studies, 58.8 % of the authors are dietitians, coming largely from the Southeast (70.5%) and most with doctorates (53.0%). Regarding the type of research articles have been most frequently used (94.1%) compared dissertations (5.9%), as well as with quantitative and qualitative research design (35.2%). There was great diversity of instruments for data collection. It was also observed that the goals proved clear regarding the proposed and, through them four themes that were discussed according to the results, conclusions and recommendations for each author of the selected studies were generated. It is concluded that to achieve a healthy infant feeding is necessary, on the part of health professionals, recognizing the symbolic and cultural aspects of infant feeding, allowing greater proximity between the health professional and the care of the child.

Key-words: Child nutrition; Nurse's role; Health education.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Recomendações para a alimentação da criança não amamentada.	19
QUADRO 2 – Orientações para introdução de alimentação complementar para a criança em aleitamento.	21
QUADRO 3 – Bases de dados utilizadas na busca eletrônica para a Revisão Integrativa.	26
QUADRO 4 – Número de estudos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos, de acordo com as bases de dados eletrônicas.	28
QUADRO 5 – Estudos incluídos, Segundo a codificação determinada e dados de publicação.	29
QUADRO 6 – Frequência e porcentagem dos estudos, quanto ao tipo/objetivo do trabalho.	31
QUADRO 7 – Frequência e porcentagem de estudos, Segundo a procedência do primeiro autor.	31
QUADRO 8 – Frequência e porcentagem de estudos, Segundo o local de desenvolvimento do estudo.	32
QUADRO 9 – Frequência e porcentagem de autores dos estudos, segundo a titulação do primeiro autor.	33
QUADRO 10 – Frequência e porcentagem dos estudos, segundo o delineamento da pesquisa.	33
QUADRO 11 – Distribuição dos estudos, segundo instrumento utilizado.	34
QUADRO 12 – Distribuição dos estudos, segundo seus objetivos.	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1. Alimentação Infantil ao Nascer	15
3.2. Alimentação Complementar	16
3.3. Alimentação para Crianças não Amamentadas	18
3.4. Atuação da Mãe/Cuidador ao Introduzir Alimentação Complementar	20
3.5. Os Prejuízos da Introdução Precoce ou Tardia da Alimentação Complementar	22
3.6. Atuação do Profissional de Saúde na Orientação da Alimentação da Criança	23
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
4.1. Método	25
4.2. População e Amostra	25
4.3. Variáveis de Estudo	27
4.4. Instrumentos de Coleta de Dados	27
4.5. Análise dos dados	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1. Características dos Estudos Seleccionados	28
5.2. Recomendações de uma alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos e seus benefícios	40
5.3. Introdução precoce de alimentos complementares e fatores associados	42
5.4. Desmame vivenciado pelas mães e a atuação dos profissionais de saúde	44
5.5. Práticas educativas dos profissionais de saúde	46
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	52
ANEXO	57
APÊNDICE	58

1. INTRODUÇÃO

A amamentação exclusiva até o sexto mês de vida é a melhor forma de alimentar o lactente, visto que hoje há um acordo mundial de que nenhum benefício supera os riscos e os prejuízos da introdução precoce de alimentos adicionais (FUJIMORI; OHARA, 2009).

A partir do sexto mês de vida a alimentação deve complementar os numerosos benefícios e funções do leite materno, que deve ser oferecido até dois anos de idade ou mais. Os alimentos complementares, a partir dessa idade, além de contribuir com o estado nutricional da criança, permitem um maior contato da criança com o seu cuidador e com a variedade de sabores, cores, aromas e texturas que lhe são apresentados (BRASIL, 2009).

Alimentação complementar é definida como a oferta de outros alimentos ou líquidos à criança, em adição ao leite materno. Os alimentos complementares podem ser preparados especialmente para as crianças ou consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender as habilidades e necessidades da criança (CORRÊA et al., 2009).

Além disso, a partir do sexto mês a inclusão na dieta de alimentos complementares disponíveis na unidade familiar é o esquema recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para as crianças de todo o mundo. Após essa idade, a inclusão destes alimentos tem o objetivo de elevar, principalmente, as cotas de energia e micronutrientes (et al., 2005).

Para assegurar que satisfaçam as necessidades nutricionais, os alimentos complementares devem ser oportunos (introdução quando as necessidades de energia e nutrientes ultrapassem o que o aleitamento materno exclusivo pode oferecer); adequados (proporcionando energia, proteínas e micronutrientes suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais de uma criança em crescimento); inócuos (preparo e armazenamento de forma higiênica, oferecidos com as mãos limpas e utilizando utensílios limpos), oferecidos com técnica, frequência e consistência adequadas à idade, atendendo as sensações de fome e saciedade da criança (PARADA et al., 2007).

Nesse sentido, a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, como nos casos de desnutrição e sobrepeso. O *déficit* de crescimento linear adquirido cedo na infância é difícil de ser revertido após os dois anos. Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para a segurança alimentar de uma população (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Em casos excepcionais de desmame precoce não revertido ou em situações em que a mãe é soropositiva para o vírus HIV, a alimentação também deve ser trabalhada de modo a

incentivar à mãe a oferecer para a criança a alimentação láctea, por meio da oferta do leite humano pasteurizado proveniente do Banco de Leite Humano, quando disponível (BRASIL, 2009).

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anátomo-fisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Deve-se considerar, entretanto, que a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interação da criança com os pais ou com a pessoa responsável pela sua alimentação, que desenvolve o papel dos primeiros educadores nutricionais (DIAS et al., 2010).

É importante lembrar que, o sucesso da promoção da nutrição infantil vai depender da praticidade das mães. Para isso, é essencial o conhecimento dos conceitos e opiniões das mães sobre a alimentação das crianças pequenas; reconhecimento e valorização pelo profissional de saúde, inclusive, ajudando à mãe a executar as práticas de alimentação da criança até que ela aprenda a fazê-las sozinha (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

É nesse contexto que também emerge a concepção da promoção das práticas alimentares saudáveis, na qual a alimentação tem sido colocada como uma das estratégias para a promoção da saúde. Não parece haver dúvidas sobre a importância da educação alimentar e nutricional na promoção de práticas alimentares saudáveis. No entanto, as reflexões sobre suas possibilidades e limites, como também o modo como ela é concebida, ainda são escassas (SANTOS, 2005).

Diante do exposto, a pergunta norteadora deste trabalho é: “Qual a contribuição das práticas educativas sobre a alimentação infantil até os dois anos de vida?”. Tendo como objetivo geral analisar as orientações sobre a alimentação infantil para crianças no primeiro ano de vida e a contribuição das práticas educativas dos profissionais de saúde conforme o contexto atual.

2.OBJETIVO

Analisar a alimentação infantil oferecida às crianças no primeiro ano de vida e a contribuição das práticas educativas dos profissionais de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ALIMENTAÇÃO INFANTIL AO NASCER

De acordo com OMS (2012) e o Ministério da Saúde (2009): “É recomendado o aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança”.

O leite humano é ideal para o bebê e sua composição é capaz de atender todas as necessidades da criança. Seus componentes são divididos em três partes: fração solução (água, carboidratos, proteínas, hormônios, vitaminas e minerais); fração suspensão (proteínas, caseína, cálcio, fósforo e micelas); fração emulsão (óleos, gorduras, ácidos graxos, membrana fosfolipídica e vitaminas lipossolúveis), os quais apresentam componentes imunológicos, agentes anti-inflamatórios e agentes imunomoduladores (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

Durante os primeiros seis meses de vida o leite materno é suficiente para atender todas as necessidades do lactente, incluindo as características fisiológicas do seu metabolismo (SANTOS, 2007). Os benefícios do leite materno incluem também a proteção das vias aéreas e do trato gastrointestinal contra doenças infecciosas e ganho de peso ideal para a idade (CORRÊA, 2009).

Escobar et al. (2002) descreve:

Dentre as vantagens comprovadas do leite materno, podemos citar o valor nutricional, a proteção imunológica devido à presença de fatores circulantes como lactoferrina, IgA secretora, anticorpos e outros, o menor risco de contaminação e o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho. Dessa maneira, o aleitamento materno diminui a morbimortalidade infantil e favorece o pleno desenvolvimento da criança.

O leite materno exclusivo nos primeiros meses de vida também diminui o risco de alergia ao leite de vaca, dermatite atópica, sibilos e asma. O lactente e a mãe ainda são beneficiados contra diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia. É provável, ainda, que quanto maior o tempo em que a criança for amamentada menor será a possibilidade de ela apresentar obesidade (BRASIL, 2009).

A diarreia também pode ser mais frequente em crianças menores de seis meses que não amamentam exclusivamente, comparadas àquelas que se alimentam somente do leite do peito. A oferta do aleitamento materno exclusivo é importante para prevenir essa doença (VIEIRA et al., 2003).

A amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes

neonatais. Quanto menor é a criança maior será a proteção do leite materno contra mortes infantis. Em crianças menores de dois meses não amamentadas, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior comparando com idades superiores (BRASIL, 2009).

Estima-se que a prática do aleitamento materno pode prevenir em torno de 13% das mortes em crianças menores de cinco anos (CORRÊA, 2009).

Um recém-nascido que recebe o aleitamento exclusivo não precisa da complementação de nenhum outro alimento ou líquido. A mãe deve ser orientada que as crianças já nascem com uma determinada reserva de energia e hidratação suficiente para garantir a manutenção nos primeiros dias de vida. Nesse sentido, não é necessário oferecer ao recém-nascido chá, soluções glicosadas, outro leite ou água, além de serem prejudiciais à saúde nutricional do bebê, diminui também a mamada da criança e, consequentemente, à produção do leite (FUJIMORI; OHARA, 2009).

A maioria das mulheres tem condições fisiológicas de amamentar, mas isso não significa que vai assegurar a ocorrência da amamentação. Um fator que dificulta a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, é o desmame precoce, que apesar da melhora de seus índices no Brasil, ainda continua sendo uma realidade (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

De acordo com Ramos e Ramos (2007):

É de suma importância que mães e pais sejam constantemente alertados sobre os benefícios do aleitamento materno para o lactente e também para a nutriz. Esta deve ser incentivada, desde a primeira consulta de pré-natal, a amamentar naturalmente. Mães primíparas devem receber atenção especial, da mesma forma que a lactante trabalhadora necessita de ajuda no que diz respeito a alternativas para que possa amamentar. Além disso, elas devem receber esclarecimentos quanto às leis trabalhistas que protegem as nutrizes. O uso de chupeta e mamadeiras também deve ser seriamente desestimulado.

Considerando a importância do leite materno na alimentação inicial da criança, o sucesso da amamentação torna-se um desafio para os profissionais de saúde, sendo estes protagonistas na viabilização das recomendações oficiais sobre a alimentação do humano nas diferentes fases da vida (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

3.2. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A alimentação complementar é definida como a oferta de alimentos ou líquidos em adição ao leite materno. Qualquer alimento ou líquido oferecido à criança, além do leite materno, nesse período é denominado alimentação complementar, sendo subdividido em duas categorias: alimentos transicionais – preparados e modificados exclusivamente para a criança

com a finalidade de atender suas habilidades e necessidades – e alimentos complementares não modificados e consumidos pelos demais membros da família e que não recebam classificação específica, podendo ser denominados como alimentos familiares (DIAS; FREIRE; FRANCECCHINI, 2010).

É recomendado pela OMS que a complementação alimentar inicie aos seis meses de vida e, a partir daí, aumentar gradativamente a quantidade dos alimentos, conforme o desenvolvimento da criança. A qualidade da consistência deve ser adaptada às suas necessidades e habilidades. A idade de introdução de diferentes tipos de alimentos é determinada pelo desenvolvimento neurológico da criança. A partir dos seis meses os lactentes devem consumir alimentos semissólidos e macios (sob a forma de purês) podendo ser amassados, mas nunca coados ou liquidificados. Aos oito meses, a criança pode receber alimentos desfiados, amassados, picados ou cortados em pequenos pedaços. A partir dos dez meses já podem ser oferecidos alimentos em forma de grãos. Aos doze meses, boa parte das crianças pode alimentar-se como os demais membros da família, evitando-se alimentos que possam oferecer riscos de engasgos, como nozes, ervas, sementes, cenouras cruas e outros. A consistência inadequada dos alimentos compromete sua ingestão. Já as crianças que não recebem alimentos semissólidos por volta dos dez meses podem apresentar maior dificuldade de aceitação alimentar posteriormente. É recomendado ainda que os alimentos sejam distribuídos separadamente no prato para que a criança possa valorizar sabores diferentes, cores e texturas (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

A alimentação complementar adequada é compreendida por alimentos ricos em ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Nos primeiros anos de vida devem ser evitados alimentos industrializados, optando por uma alimentação mais natural e saudável. Os grãos, leguminosas, frutas, verduras e legumes, são alternativas importantes não somente para a melhoria da qualidade da alimentação, mas também para contribuir com a geração de renda em pequenas comunidades (BRASIL, 2009).

Ao receber a alimentação complementar as crianças normalmente se acostumam com os alimentos na forma como são inicialmente oferecidos. Nesse sentido, a família deve resgatar o sabor como atributo fundamental para a promoção da alimentação saudável. A variedade de vários tipos de alimentos fornece os diferentes nutrientes necessários, evitando a monotonia alimentar, limitando a disponibilidade de nutrientes necessários para atender a uma alimentação saudável. As crianças devem ser expostas a diferentes alimentos, sendo, às vezes, necessário ser oferecido o mesmo alimento mais vezes para a sua aceitação (BRASIL, 2009).

A promoção da alimentação complementar adequada para a criança tem como finalidade estabelecer o desenvolvimento e crescimento saudável infantil. Nesse sentido, os profissionais de saúde e o governo têm como compromisso repassar as novas recomendações sobre a complementação alimentar e as condições necessárias às mães/cuidadores no propósito de garantir desde a infância a formação de hábitos saudáveis (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

3.3. ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS

O aleitamento materno oferecido exclusivamente até os seis meses de vida, além de oferecer as numerosas qualidades nutricionais necessárias para a saúde do bebê, ele é a mais sábia estratégia de evitar a morbimortalidade infantil, sendo também uma fonte econômica capaz de promover vínculo, afeto e proteção à criança (BRASIL, 2009).

Entretanto, em algumas situações, felizmente infrequentes, o leite materno não pode ser oferecido à criança, sendo essas desmamadas precocemente em um período em que a amamentação seria suficiente para oferecer a nutrição adequada (SONEGO et al., 2004).

As situações em que ocorre o desmame precoce podem estar associadas a problemas da saúde infantil. Dentre algumas delas, podemos citar a Galactosemia (deficiência de galactose-1-fosfato uridiltransferase, necessária ao metabolismo da galactose). Caso os bebês recebam o aleitamento materno podem apresentar açúcar na urina e clinicamente desenvolvem catarata, diarreia, vômitos, icterícia, hepato esplenomegalia, retardo mental e cirrose hepática. Para essas crianças é necessária uma alimentação de fórmulas especiais, baseadas em leite isento de lactose ou fórmulas de soja. Alguns bebês se beneficiam usando leite humano com lactose hidrolisada (IBFAN, 1997).

Além disso, as crianças podem ser desmamadas devido algumas situações associadas à saúde materna, como a insuficiência lactacional (incapacidade da mãe produzir quantidade suficiente de leite), mastite (inflamação da mama), abscesso mamário (complicação possível da mastite), infecções virais (como vírus da imunodeficiência humana (HIV), dentre outras (IBFAN, 1997).

No caso do desmame não revertido, após orientações de profissionais de saúde ou no caso das mães não poderem amamentar, o ideal é oferecer à criança a alimentação láctea até os quatro meses de vida. A partir do quarto ao oitavo mês ela deve receber leite mais cereal ou tubérculo sendo oferecidas duas vezes ao dia (início da manhã e no final do dia), a papa de

fruta no meio da manhã e no meio da tarde e a papa salgada no final da manhã e no final da tarde. As crianças maiores de oito meses devem receber leite mais cereal ou tubérculo sendo dadas duas vezes ao dia (início da manhã e no final do dia), uma fruta no meio da manhã, a papa ou a refeição básica da família é dada no final da manhã e no final da tarde e uma fruta ou pão no meio da tarde (BRASIL, 2009) (Quadro 1).

Quadro 1 - Recomendações para a alimentação da criança não amamentada.

Menores de 4 meses	4–8 meses	Maiores de 8 meses
Alimentação láctea	Leite + cereal ou Tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta
Alimentação láctea	Papa de fruta	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão
Alimentação láctea	Papa de fruta	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Leite + cereal ou Tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo

Os valores indicados no Quadro 1 são aproximados, de acordo com a variação de peso corporal da criança nas diferentes idades. Após os quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto (BRASIL, 2009).

Prematuros ou recém-nascidos de baixo peso que não podem ser amamentados, a alimentação de preferência deve ser o leite humano pasteurizado, doado pelo Banco de Leite Humano (BLH). Se não for possível oferecer esse tipo de leite à criança, a mesma será alimentada com leite artificial específico, sendo prescrito pela nutricionista ou médico (BRASIL, 2005).

As crianças que não tiverem condições de poderem sugar o peito da mãe deverão exercitar a musculatura da face de outra maneira, com finalidade de evitar futuramente problemas estéticos e funcionais. Até os quatro meses o ideal é usar o copinho, pois a criança fará o esforço com a língua para buscar o leite, praticando o exercício da musculatura da face e preparando a criança para a mastigação. Consequentemente, irá também prevenir problemas estéticos e funcionais. A partir dessa idade, o melhor é usar a colher e o prato para oferecer a comida mais sólida, favorecendo a mastigação e promovendo hábitos saudáveis para a criança (BRASIL, 2005).

Em suma, o desmame não revertido tem solução para oferecer uma alimentação infantil adequada. O ideal é não deixar de oferecer informações e aconselhamentos à mãe/cuidador da criança.

3.4. ATUAÇÃO DA MÃE/CUIDADOR AO INTRODUIR ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Uma fase importante na infância é o início da complementação alimentar. Fase que irá influenciar no desenvolvimento da criança até a vida adulta.

A introdução da alimentação complementar representa um período em que a criança está predisposta à má nutrição e a enfermidades quando ela recebe uma dieta inadequada. É um período em que o estado nutricional infantil é interferido por fatores culturais, econômicos e sociais; sendo importante a adoção de uma alimentação adequada nos primeiros anos de vida, pois é um processo em que a criança formará seus hábitos alimentares (SIMON et al., 2003).

Os principais responsáveis pelo o que é oferecido à criança é a família. Ela pode contribuir de forma decisiva durante a aceitação do alimento pela criança. Através de um ambiente acolhedor os pais podem ainda ajudar positivamente por meio da estimulação dos sentidos. Podendo ser feito elogios e mantendo sempre o toque carinhoso com o filho. Além disso, permitir um ambiente com maior conforto possível para a criança. No momento em que é oferecido o alimento é também importante o contato visual de quem oferece o alimento, pois, o olhar da mãe durante a amamentação transmite segurança à criança e o semblante alegre de quem oferece o alimento pode influenciar na aceitação dos alimentos (BRASIL, 2009).

Na maioria das vezes as crianças podem não aceitar alimentos que não são tão conhecidos. Entretanto, se o alimento passar a ser introduzido com frequência na alimentação da criança, o mesmo passa a ser aceito, podendo ser incorporado à dieta da criança. Normalmente é necessário repetir os alimentos de oito a dez vezes para que ele seja aceito pela criança. Talvez por falta de informação, os pais não conseguem entender esse comportamento como sendo normal e consideram ser rejeição inicial pelo alimento, desistindo de oferecê-lo à criança (BRASIL, 2009).

A tarefa da mãe/cuidador inclui também a percepção dela/dele de saber o momento em que a criança está com fome e saciada, conhecendo o mecanismo fisiológico de autorregulação do seu apetite. A alimentação deve ser oferecida com paciência e de forma lenta até que ela se sacie, não a forçando a comer (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

É necessário que as mães/cuidadores introduzam alimentos com baixos teores de açúcar e sal na dieta da criança, de modo que esse hábito se mantenha na sua fase adulta. Alimentos como doces fazem com que as crianças não se interessem por consumir legumes,

frutas e verduras na sua forma natural. Frequentemente, mães/cuidadores oferecem a elas alimentos de sua preferência sendo desapropriados para crianças menores de dois anos (SKINNER et al., 2002).

Segundo o Guia Alimentar para Crianças menores de dois anos, criado pelo Ministério da Saúde, consta que as mães/cuidadores devem dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento (BRASIL, 2009).

É conveniente após os seis meses que os pais ofereçam três refeições ao dia para a criança, incluindo uma papa salgada e duas papas de frutas. Assim que completar sete meses de vida o ideal é dar uma segunda papa salgada contendo arroz, feijão, carne, verduras e legumes, seguindo, é claro, a evolução da criança (BRASIL, 2009).

Entre os seis e doze meses de vida, os pais/cuidadores devem saber que a criança precisa adaptar-se aos novos alimentos, cuja consistência, sabores e texturas são muito diferentes do leite materno. Durante essa fase, o mais importante é proporcionar uma introdução lenta e gradual para que as crianças se acostumem aos poucos, não precisando dos pais se preocupar com a quantidade de comida ingerida. Levando em consideração a fase de crescimento, desenvolvimento e controle sobre os movimentos, a criança não se satisfaz mais em apenas olhar e em receber passivamente a alimentação (Quadro 2) (BRASIL, 2009).

Quadro 2 – Orientações para introdução de alimentação complementar para a criança em aleitamento materno.

Após completar 6 meses	Após completar 7 meses	Após completar 12 meses
• Aleitamento materno sob livre demanda; • 1 papa de frutas no meio da manhã; • 1 papa salgada no final da manhã; • 1 papa de frutas no meio da tarde.	• Aleitamento materno sob livre demanda; • 1 papa de frutas no meio da manhã; • 1 papa salgada no final da manhã; • 1 papa de frutas no meio da tarde; • 1 papa salgada no final da tarde.	• Aleitamento materno sob livre demanda; • 1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia); • 1 fruta; • 1 refeição básica da família no final da manhã; • 1 fruta; • 1 refeição básica da família no final da tarde.

É comum ela querer colocar as mãos na comida. É fundamental que os pais permitam que a criança tome suas próprias iniciativas, dando liberdade para que ela explore o ambiente e tudo que a cerca (BRASIL, 2009).

A atuação da mãe/cuidador durante a complementação alimentar da criança estabelece

o compromisso e a responsabilidade frente à saúde integral da criança. Sendo necessário que os pais tenham conhecimento suficiente para garantir um estado nutricional saudável para seu filho.

3.5. OS PREJUÍZOS DA INTRODUÇÃO PRECOCE OU TARDIA DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL

A alimentação complementar oferecida de forma inadequada, sendo ela precoce ou tardia, pode desencadear possíveis prejuízos à saúde da criança como a desnutrição, anemia e obesidade (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista nutricional, a exposição precoce (antes dos quatro meses) da criança ao leite de vaca pode ainda contribuir com 50% para o aparecimento do diabetes mellitus (FUJIMORI; OHARA, 2009).

A prática inadequada da alimentação nos primeiros dois anos de vida pode estar associada ao aumento da morbidade, sendo retratada pela desnutrição, carência de micronutrientes (ferro, zinco e vitamina A) e doenças infecciosas, estando mais presente entre as populações mais carentes (OLIVEIRA et al., 2005).

A oferta de outros alimentos antes do sexto mês de vida da criança, além do leite materno, pode tornar a criança mais propensa à desnutrição, diarreias, infecções gastrointestinais e respiratórias, comprometendo o desenvolvimento e o crescimento adequados para a criança. Além disso, a introdução de alimentos precocemente pode, ainda, aumentar a morbimortalidade infantil devido à diminuição da ingestão de componentes importantes do leite materno (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

A oferta precoce de alimentos também pode ser desvantajosa, pois, além de diminuir a duração do aleitamento materno, pode interferir na absorção de nutrientes essenciais do leite materno, como o zinco e o ferro, podendo, ainda, estar associada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Há evidências que no Brasil, além da complementação alimentar acontecer de forma precoce, ela é considerada pobre em micronutrientes e energia, sendo considerado um problema para a nutrição infantil (FUJIMORI; OHARA, 2009).

É necessário que a partir do desmame a criança seja alimentada de forma ideal, tanto no ambiente em que vive quanto em outros locais que ela se alimente, como berçário e creches, diminuindo possíveis complicações nutricionais futuras (FUJIMORI; OHARA,

2009).

A oferta de alimentos complementares tardiamente, por sua vez, é desvantajosa, pois pode aumentar o risco das deficiências nutricionais, além de ocasionar um retardo no crescimento e desenvolvimento da criança (SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010).

A criança pode ainda desenvolver anemia ferropriva, uma vez que a reserva de ferro acaba antes dos seis meses, onde o leite materno torna-se carente desse mineral (FUJIMORI; OHARA, 2009).

A promoção da alimentação complementar tem menores progressos, mas, por outro lado, nos últimos anos têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação. Nesse sentido, atingir a alimentação ideal das crianças desde a infância é um grande desafio, mas a elaboração de estratégias pode ser um componente essencial para garantir o sucesso da segurança alimentar de uma população (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

3.6. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ORIENTAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

A equipe de saúde deve ficar atenta se as informações e orientações necessárias sobre aleitamento materno estão sendo passadas desde o acompanhamento do pré-natal até o início da alimentação complementar. O profissional de saúde pode, antes de dar orientações, perguntar à mãe da criança o que ela considera ser uma alimentação adequada e, posteriormente, convidá-la a fortalecer seus conhecimentos, de maneira simples e incentivadora. Deve-se também procurar respeitar os hábitos alimentares, culturais e as características socioeconômicas da família (BRASIL, 2009).

O reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, dos aspectos simbólicos e culturais que envolvem a alimentação da criança, permite maior proximidade entre a realidade vivenciada pelas mães. Dessa forma, é possível auxiliá-las a melhor interpretar os comportamentos da criança, visando, por fim, atuar de maneira mais efetiva nas questões da alimentação infantil (SALVE; SILVA, 2009).

O conhecimento do conteúdo nutricional dos alimentos locais e sua utilização para a alimentação infantil é eficaz para orientar as mães/cuidadores na escolha dos alimentos complementares (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Cabe também aos profissionais de saúde informar os pais quanto às práticas da alimentação complementar adequada, com a finalidade de garantir um bom desenvolvimento e crescimento às crianças menores de dois anos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Também é fundamental a orientação sobre a estimulação dos sentidos enfocando que a alimentação deve ser um momento de carinho entre a criança e a família. É importante pedir à mãe para fazer uma lista das hortaliças mais utilizadas. Posteriormente, acrescentar a essa lista coisas que não foram lembradas, valorizando os alimentos típicos e regionais da estação, com o objetivo de introduzir o consumo diário de verduras, legumes e frutas nas refeições (BRASIL, 2009).

Além disso, os pais e/ou responsáveis devem ser orientados quanto a importância nutricional para a saúde integral da criança. Nesse propósito, é necessário incentivar o aleitamento materno e as práticas apropriadas da alimentação, dando ênfase para a introdução, em tempo oportuno, de alimentos ideais que vão complementar o aleitamento materno. Esses, por sua vez, devem oferecer os micronutrientes e a energia em quantidade apropriada para a saúde da criança (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Para aumentar o vínculo com a família, a visita domiciliar pode ser muito importante, pois através da mesma toda a família poderá receber orientações sobre uma alimentação complementar saudável. Além disso, o profissional de saúde junto com a comunidade pode planejar e organizar campanhas sobre a forma adequada para preparar os alimentos, convidando as mães e as crianças para participarem. O profissional de saúde deve ter conhecimentos sólidos de dietética e nutrição, sendo capaz de realizar a promoção e prevenção da saúde. Contudo, está preparado para avaliar a influência dos fatores nutricionais nos problemas que se apresentam na prática profissional, contribuindo sempre no cuidado qualificado e humanizado (BRASIL, 2009).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a revisão integrativa sumariza as pesquisas realizadas sobre determinado assunto construindo uma conclusão a partir de muitos estudos realizados separadamente, mas que investigam problemas idênticos ou similares. Os estudos são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo dessa forma que o leitor analise o conhecimento sobre o tema abordado.

O propósito primário de uma revisão integrativa é mergulhar no entendimento de determinado fenômeno e isto é fundamental no desenvolvimento conceitual próprio do mesmo, uma vez que a elaboração da revisão é sobre conhecimento já produzido e acarreta a identificação de possíveis lacunas (BROOME, 2000).

Na construção da revisão integrativa é importante percorrer as seis etapas metodológicas distintas, conforme Ganong (2004): Primeira Etapa: Identificação ou Seleção do tema e elaboração da pergunta norteadora. Segunda Etapa: Coleta de dados, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos. Terceira Etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. É necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado. Quarta Etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Quinta Etapa: Interpretação dos resultados ou discussão dos resultados. Sexta Etapa: Apresentação da revisão integrativa.

4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Realizou-se a investigação do tema mediante levantamento bibliográfico em livros, periódicos, dissertações, que atendiam ao objetivo do estudo, além de busca digital em banco de dados eletrônicos.

Foram pesquisados artigos em revistas científicas disponíveis na *internet*, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online (SCiELO)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*) e CERES: NUTRIÇÃO & SAÚDE - UERJ, utilizando-se os seguintes descritores: alimentação infantil; nutrição infantil; atuação do enfermeiro; aleitamento materno; educação

em saúde; enfermagem; saúde da mulher; enfermagem pediátrica e educação em saúde. Também foram considerados dados compilados do Ministério da Saúde.

Na busca eletrônica foram obtidas 03 dissertações e 53 artigos completos dos quais foram selecionados 01 dissertação e 16 artigos que possuíam seus textos completos com indexação no *SCiELO*, *LILACS*, *MEDLINE* e CERES: NUTRIÇÃO & SAÚDE - UERJ (Quadro 3). As duas dissertações e os outros 37 artigos não foram utilizados, pois os conteúdos dos mesmos não estavam totalmente relacionados com o tema deste estudo.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática, publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos onze anos.

Quadro 3 - Bases de dados utilizadas na busca eletrônica para a Revisão Integrativa.

Bases de dados	População	Estratégia de busca	Amostra
<i>LILACS</i>	18	Alimentação infantil, atuações do enfermeiro, aleitamento materno, educação em saúde, enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica e educação em saúde.	04
<i>SCiELO</i>	25	Alimentação infantil, atuações do enfermeiro, aleitamento materno, educação em saúde, enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica e educação em saúde.	10
<i>MEDLINE</i>	11	Alimentação infantil, atuações do enfermeiro, aleitamento materno, educação em saúde, enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica e educação em saúde.	01
CERES: NUTRIÇÃO & SAÚDE – UERJ	01	Alimentação infantil, atuações do enfermeiro, aleitamento materno, educação em saúde, enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica e educação em saúde.	01
UNIRIO	01	Alimentação infantil, atuações do enfermeiro, aleitamento materno, educação em saúde, enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica e educação em saúde.	01
TOTAL	56	-	17

4.3. VARIÁVEIS DE ESTUDO

Neste estudo foram selecionadas as variáveis: profissão, área de atuação, país de origem, qualificação, fonte, ano de publicação, periódico, tipo de publicação, delineamento, nível de evidência, e relacionada ao problema de estudo.

4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados dos artigos incluídos na revisão integrativa foi utilizado o instrumento elaborado por Campos (2005). Este instrumento foi construído em sua dissertação de mestrado, contendo título de publicação, autoria, dados da publicação, metodologia e objetivos (ANEXO A).

Posteriormente, realizou-se a leitura dos estudos pré-selecionados, para identificação de elementos que se relacionassem à temática alimentação infantil no primeiro ano de vida e seleção dos trechos que continham as evidências científicas necessárias, que após esse processo foram agrupadas de acordo com o tema central e elementos relacionados a ele.

A elaboração do instrumento de coleta de dados tem com objetivo reunir as informações-chave de cada artigo selecionado (BEYEA; NICOLL, 1998).

A tarefa de definir quais serão as características ou informações que serão coletadas dos estudos é a essência da revisão integrativa, sendo essa fase análoga à coleta de qualquer pesquisa (GANONG, 1987).

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os estudos selecionados foram analisados detalhadamente. A análise foi realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nas diferentes pesquisas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados e analisados os resultados da revisão, a fim de caracterizar os estudos selecionados e, posteriormente, será realizada a discussão, dos elementos identificados nos resultados e discussão dos estudos primários selecionados.

5.1. Caracterização dos estudos selecionados

No Quadro 4 está relacionado o total de publicações encontradas, pré-selecionadas, excluídas e incluídas, a partir da estratégia de busca em cada base de dados.

Quadro 4 - Número de estudos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos, de acordo com as bases de dados eletrônicas.

Base de dados	Estudos encontrados	Estudos pré-selecionados	Estudos excluídos	Estudos incluídos
<i>SCIELO</i>	25	10	00	10
<i>LILACS</i>	18	05	00	04
<i>MEDLINE</i>	11	01	00	01
CERES: NUTRIÇÃO & SAÚDE – UERJ	01	01	00	01
UNIRIO	01	01	00	01
TOTAL	56	17	00	17

A base de dados que obteve a maior quantidade de estudos incluídos na presente pesquisa foi a base *SCiELO* (10), seguida da *LILACS* (04), da *MEDLINE* (01) e da Ceres: Nutrição & Saúde - UERJ (01) e UNIRIO (01). Com relação às bases de dados selecionadas todas obtiveram-se estudos disponíveis no idioma português, correspondendo a 17 (100%) dos estudos selecionados.

Os estudos que compuseram a amostra estão destacados em negrito na discussão, para que estes se diferenciem dos demais autores citados.

No Quadro 5 foram relacionadas as informações sumárias dos estudos incluídos, segundo a codificação determinada para melhor abordagem dos estudos, dispostos em ordem alfabética do primeiro autor .

Quadro 5- Estudos incluídos, segundo a codificação determinada e dados de publicação.

Código do estudo	1º autor	Fonte	Título	Ano
E1	ARAÚJO, R.M.A.	SCIELO	Aleitamento Materno: o desafio de compreender a vivência.	2007
E2	BASSICHETTO, K.C.	LILACS	Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenções.	2009
E3	CORREIA, E.N.	LILACS	Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC)	2009
E4	DIAS, M.C.A.P.	LILACS	Recomendações para alimentação complementar de crianças menores que dois anos	2010
E5	ESCOBAR, A.M.U.	SCIELO	Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce.	2002
E6	MONTE, C.M.G.	MEDLINE	Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.	2004
E7	OLIVEIRA, L.P.M.	SCIELO	Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida.	2005
E8	PARADA, C.M.G.L	SCIELO	Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida.	2007
E9	RAMOS, V.V.	Ceres: Nutrição & Saúde. 2007. p. 43-50	Aleitamento Materno, Desmame e Fatores Associados.	2007
E10	SALVE, J.M.	SCIELO	Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes.	2009
E11	SANTOS, C.S.	SCIELO	Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil.	2007

E12	SANTOS, L.A.S.	SCIELO	Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis.	2005
E13	SILVA, L.P.	SCIELO	Práticas de Alimentação Complementar no primeiro ano de vida e fatores associados.	2010
E14	SILVA, R.F.	UNIRIO	Valores culturais que envolvem o cuidado materno ribeirinho: subsídios para a enfermagem.	2009
E15	SIMON, V.G.N.	SCIELO	Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo.	2003
E16	SONEGO J.	SCIELO	Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família.	2004
E17	VIEIRA, G.O.	LILACS	Alimentação infantil e morbidade por diarreia.	2003

De acordo com o quadro acima, pôde-se observar que as fontes das publicações selecionadas são variadas, predominando as revistas especializadas de Nutrição (06), seguidas de Pediatria (04), Enfermagem (03), Saúde Materno Infantil (02) e Psicologia e dissertações (02).

Em relação ao período de publicação dos estudos, 05 publicados entre 2002 e 2004, 06 entre 2005 e 2007, 04 em 2009 e 02 em 2010. Estes dados demonstram que as pesquisas na área da saúde, em especial, sobre a alimentação infantil estão em um ritmo crescente, o que retrata a preocupação dos profissionais de saúde em fornecer subsídios ao conhecimento científico para a área.

O Quadro 6 descreve o tipo de pesquisa realizada, adotada pelos estudos selecionados para a presente monografia.

Quadro 6 - Frequência e porcentagem dos estudos, quanto ao tipo/objetivo do trabalho.

Tipo/objetivo de pesquisa	n	%
Artigo	16	94,1
Dissertação	01	5,9
Total	17	100,0

Os artigos foram mais prevalentes dentre os estudos abordados (94,1%), ficando a frente das dissertação de Mestrado (5,9%). Os dados evidenciam o quanto a temática abordada vem sendo alvo de publicações de artigos, visto que, a concepção da promoção das práticas alimentares saudáveis tem sido colocada como uma das estratégias para a promoção da saúde (SANTOS, 2005).

A procedência do primeiro autor demonstrou-se bem diversificada, abrangendo várias universidades de uma série de estados brasileiros, como é relatado no Quadro 7.

Quadro 7 - Frequência e porcentagem de estudos, segundo a procedência do primeiro autor.

Procedência do autor	n	%
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP	06	35,2
Universidade Federal da Bahia	03	17,6
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO	02	11,8
Universidade Federal de Viçosa	01	5,9
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	01	5,9
Centro Universitário de Belo Horizonte	01	5,9
Universidade Federal do Ceará (UFC)	01	5,9
Instituto Materno Infantil Professor Fernandes Figueira – IMIP	01	5,9
Faculdades Integradas de Santo André	01	5,9
Total	17	100,0

Observou-se, por meio dos dados relacionados, que a procedência maior dos autores é da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal da Bahia.

Este fato se justifica em função destas instituições apresentarem programas de pós-

graduação e núcleos de pesquisa, o que contribui para a realização e fortificação de estudos e pesquisas sobre este tema.

Ao realizar a análise do local de desenvolvimento da pesquisa (Quadro 8), objetivou-se verificar quais as regiões do país em que os estudos são mais frequentemente desenvolvidos sobre a temática, bem como quais regiões desenvolvem menos pesquisas.

Quadro 8 - Frequência e porcentagem de estudos, segundo o local de desenvolvimento do estudo.

Local de desenvolvimento do estudo	N	%
SÃO PAULO	07	41,1
CAMPINAS – SP	03	17,6
RIO DE JANEIRO	02	11,8
BAHIA	02	11,8
SALVADOR – BA	01	5,9
RECIFE	01	5,9
AMAZONAS	01	5,9
Total	17	100,0

Por meio destes dados, verificou-se um maior desenvolvimento científico na região Sudeste (70,5%), seguida da região Sul (23,6%) e, por último, a região norte (5,9%).

Para Silveira (2005) esse desenvolvimento concentrado em algumas regiões pode inviabilizar a utilização de resultados de pesquisa dentro do próprio território nacional. A autora ressalta que o Brasil apresenta uma grande diversidade socioeconômica e cultural entre suas regiões, fazendo com que a aplicação dos resultados de pesquisas provenientes de centros mais desenvolvidos economicamente, fique comprometida em regiões menos favorecidas e vice-versa, devido aos recursos tecnológicos e a formação profissional existente.

Devido à condução dos estudos ter sido realizados por profissionais da saúde, objetivou-se verificar qual a titulação do primeiro autor (Quadro 9), para que se identifique o nível dos pesquisadores inseridos no desenvolvimento científico da saúde.

Quadro 9 - Frequência e porcentagem de autores dos estudos, segundo a titulação do primeiro autor.

Titulação do primeiro autor	N	%
Especialista	01	5,9
Mestrado	06	35,2
Doutorado	09	53,0
Docente	01	5,9
Total	17	100,0

Pôde-se observar que houve o predomínio de profissionais com título de doutorado (53,0%), seguido pela titulação de mestrado (35,2%). Isso denota a especialização e o aprofundamento dos profissionais de saúde após a sua formação vem avançando e pode ser considerada como uma maneira de aumentar a produção de conhecimento na prática da saúde.

O tipo de delineamento dos estudos é mostrado no Quadro 10, e objetiva verificar quais abordagens de pesquisa estão sendo mais utilizadas pelos pesquisadores.

Quadro 10 - Frequência e porcentagem dos estudos, segundo o delineamento da pesquisa.

Delineamento de pesquisa	N	%
Qualitativo	1	5,9
Quanti- Qualitativo	6	35,2
Transversal	4	23,6
Descritivo exploratório	1	5,9
Revisão de literatura	5	29,4
Total	17	100,0

Dentre os resultados apresentados, houve uma pequena diferença quanto à prevalência

dos estudos com delineamento quanti-qualitativo (35,2%) e de revisão de literatura (29,4%), seguido pelo estudo transversal (23,6%). Porém, o restante dos tipos de delineamento foram divergentes, contendo inclusive um estudo (5,9%) qualitativo e um estudo descritivo exploratório (5,9%).

O uso da abordagem qualitativa na enfermagem aumenta a compreensão dos profissionais sobre a totalidade dos seres humanos, uma vez que aprofunda na experiência de vida nos cenários naturais em que o fenômeno de interesse ocorre e na visão dos sujeitos (SILVEIRA, 2005).

Já no que diz respeito à abordagem quantitativa, segundo Terence e Filho (2006) esta permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

No entanto, Silveira (2005) ressalta que as pesquisas na abordagem qualitativa e quantitativa se complementam porque geram diferentes tipos de conhecimento importantes para a prática de enfermagem, onde o que determina o tipo de delineamento ideal para conduzir a pesquisa é a natureza do problema.

A revisão de literatura reporta e avalia o conhecimento produzido em pesquisas prévias, destacando conceitos, procedimentos, resultados, discussões e conclusões relevantes para a pesquisa desenvolvida (SANTOS, 2006).

A relação dos instrumentos utilizados pelos autores dos estudos selecionados encontra-se relacionados no Quadro 11.

Quadro 11 - Distribuição dos estudos, segundo o instrumento utilizado.

Código do estudo	Autor	Instrumento
E1	ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J. A.G. (2007)	Nenhum
E2	BASSICHETTO, K.C.; RÉA, M. F. (2008)	Questionário sobre o perfil do profissional (QPP); Questionário sobre prática de aconselhamento sobre alimentação infantil (QPAAI); Roteiro de observação da consulta clínica (ROCC)

E3	CORRÊA, E.N.; CORSO, A.C. T.; MOREIRA, E.A.M.; KAZAPI, I. A. M. (2009)	Questionário próprio
E4	DIAS, M.C.A.P; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. (2010)	Nenhum
E5	ESCOBAR, A.M.U. <i>et al</i> (2002)	Entrevista
E6	MONTE, C.M.G.; GIUGLIAN, E. (2004)	Nenhum
E7	OLIVEIRA, L.P.M. (2005)	Questionário próprio
E8	PARADA, C.M.G.L; CARVALHAES, M. A. B. L.; JAMA, M. T. (2007)	Questionário próprio
E9	RAMOS, V.V.; RAMOS, J. (2007)	Nenhum
E10	SALVE, J.M.; SILVA, I. A. (2009)	Entrevista
E11	SANTOS, C.S.; LIMA, L. S.; JAVORKI, M. (2007)	Questionário próprio
E12	SANTOS, L.A.S. (2005)	Nenhum
E13	SILVA, L.P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. (2010)	Instrumento elaborado pelo Instituto de Saúde de São Paulo – questionário.
E14	SILVA, R.F. (2009)	Formulário do Perfil sócio-econômico-cultural; Entrevista semi-estruturada com elaboração própria
E15	SIMON, V.G.N.; SOUZA, J. M. P; SOUZA, S. B. (2003)	Questionário próprio – preenchimento de fichas; Técnica de análise de sobrevivência de Kaplan & Méier; Análise multivariável de Cox
E16	SONEGO J. et al. (2004)	Entrevista semi-estruturada com elaboração própria
E17	VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. (2003)	Questionário próprio

Verificou-se que houve grande variabilidade quanto aos instrumentos utilizados, de acordo com a necessidade que cada estudo teve para atender seus objetivos. Dentre os instrumentos, optou-se mais pelos formulados pelo próprio autor, bem como por nenhum nas pesquisas de revisão bibliográfica e pela escolha de instrumentos utilizados por outros autores ou elaborado por instituto.

Os instrumentos utilizados por Bassichetto e Réa (2009) totalizaram-se em três:

- a) Questionário sobre o perfil do profissional (QPP) – auto-aplicado, com perguntas abertas e fechadas sobre a formação, experiência profissional e condições de trabalho;
- b) Questionário sobre prática de aconselhamento sobre alimentação infantil (QPAAI) – testes de múltipla escolha;
- c) Roteiro de observação da consulta clínica (ROCC) – buscando a frequência ou a presença de ações durante a consulta.

Os entrevistadores realizaram um treinamento de 7 horas, teórico e prático, com teste e aplicação dos instrumentos e, em um segundo momento, uma prática de observação de uma mesma consulta por duplas de entrevistadores, cada um desconhecendo a marcação do outro, visando medir o grau de variabilidade ou coincidência entre eles. Em uma reunião posterior, entrevistadores foram escolhidos pela consistência na avaliação e preenchimento do ROCC.

Já o instrumento elaborado pelo Instituto de Saúde de São Paulo, utilizado por Silva, Venâncio e Marchioni (2010) foi criado a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). O questionário foi composto por perguntas fechadas em sua maioria, e incluiu questões sobre a alimentação da criança nas 24 horas precedentes. Pretendeu-se que a utilização dos dados atuais (*current status*) sobre alimentação infantil evitasse erros decorrentes da memória do informante. Também foram coletados dados sobre características maternas e das crianças.

Já na pesquisa de Simon, Souza e Souza (2003), para a verificação da idade de introdução de alimentos foi utilizado como instrumento algumas fichas preenchidas pela mãe, diariamente, onde constavam os alimentos oferecidos à criança a cada dia, até o final do seguimento. A introdução dos alimentos foi descrita utilizando-se a técnica de análise de sobrevivência de Kaplan e Meier, e a análise de associação entre idade de introdução dos alimentos e as variáveis independentes foi feita pelo modelo de análise multivariável de Cox.

Na busca por compreender melhor a temática de práticas educativas dos profissionais de saúde durante a alimentação infantil nos primeiros dois anos de vida, considerou-se necessário realizar uma análise cautelosa do conteúdo das produções científicas selecionadas, iniciando primeiramente pela exposição (Quadro 12) e, posteriormente, a análise dos objetivos de cada estudo.

Quadro 12 - Distribuição dos estudos, segundo seus objetivos.

Código do estudo	Objetivos
E1	Contribuir para uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde perante a mulher que vivencia o processo da amamentação.
E2	Avaliar a efetividade do Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil na transformação de conhecimentos, atitudes e práticas de pediatras e nutricionistas da rede municipal de saúde de São Paulo.
E3	Verificar a associação entre o período de introdução de alimentos complementares e características socioeconômicas maternas e biológicas de crianças menores de dois anos de idade.
E4	Revisar as recomendações atuais sobre a alimentação complementar de crianças menores de dois anos.
E5	Avaliar o aleitamento materno, ressaltando os fatores que levaram ao desmame precoce conforme as condições socioeconômico-culturais.
E6	Apresentar uma revisão sobre as evidências que embasam as recomendações atuais da alimentação complementar de crianças em aleitamento materno.
E7	Analisar a alimentação complementar de crianças nos primeiros dois anos de vida.
E8	Estudar práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida em Botucatu, SP, descrevendo-as segundo faixa etária e presença do aleitamento materno (AM).
E9	Analisar as medianas do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo, desmame e fatores associados de crianças em idade de serem amamentadas.
E10	Conhecer as representações de mães sobre a introdução de alimentos complementares e identificar os elementos que constituem o seu processo de escolha.
E11	Identificar os lactentes de cinco a oito meses alimentados segundo as recomendações do Ministério da Saúde, atendidos no Serviço de Puericultura do Instituto Materno Infantil Professor Fernandes Figueira - IMIP; detectar os principais problemas enfrentados pelas mães no processo de introdução

	alimentar; identificar o tipo de orientação recebida pelas mães para iniciar a dieta de transição.
E12	Fazer uma reflexão sobre a educação alimentar e nutricional no contexto da promoção das práticas alimentares saudáveis, apontada como importante estratégia para enfrentar os novos desafios no campo da saúde, alimentação e nutrição.
E13	Investigar a prevalência de consumo de alimentos complementares e os fatores associados à alimentação complementar oportuna em menores de um ano.
E14	1) Discutir os valores culturais das mães ribeirinhas e a sua influência no cuidado dos filhos; 2) Propor decisões e ações do cuidado de enfermagem culturalmente coerente a realidade ribeirinha.
E15	Verificar a idade de introdução de alimentos complementares no primeiro ano de vida, e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas.
E16	Conhecer os motivos que levaram mulheres-mães, de uma mesma família, a realizarem o desmame de seus filhos e identificar os sentimentos que acompanham essas mulheres durante esse processo.
E17	Avaliar a proteção da amamentação contra a diarreia em menores de um ano.

Como pode-se observar, os estudos possuem objetivos claros, o que possibilita fácil entendimento do leitor quanto às intenções dos pesquisadores. O objetivo de um estudo é a apresentação do resultado que se pretende alcançar com o desenvolvimento da pesquisa, constituindo a ação proposta para responder a questão do estudo (SILVEIRA, 2005).

A análise dos objetivos dos estudos resultou em alguns pressupostos relacionados às práticas dos profissionais de saúde durante a alimentação infantil nos primeiros anos de vida. São eles:

- Papel dos profissionais de saúde perante à mulher que vivencia o processo da amamentação;
- Possíveis transformações de conhecimentos, atitudes e práticas de pediatras e nutricionistas após realizar um Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil;
- Introdução de alimentos complementares de crianças menores de dois anos e características socioeconômicas das mães;
- Recomendações saudáveis da alimentação de crianças menores de dois anos e

responsabilidades do profissional de saúde;

- Desmame precoce e características socioeconômicas-culturais das mães;
- Orientações atuais sobre a alimentação complementar de crianças em aleitamento materno e contribuições do profissional de saúde;
- Investigação da alimentação complementar de crianças menores de dois anos;
- Análise da alimentação complementar no primeiro ano de vida;
- Fatores associados à ocorrência do desmame precoce;
- Vivência das mães ao introduzir alimentos complementares na dieta dos lactentes;
- Transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses e as influências das avós das crianças e dos enfermeiros;
- Práticas alimentares saudáveis e os desafios no campo da saúde;
- Investigação da alimentação complementar no primeiro ano de vida;
- Cuidado materno e a influência do profissional da saúde;
- Introdução precoce de alimentos complementares e fatores associados;
- Experiências vivenciadas pelas mulheres mães durante o desmame;
- Proteção da amamentação e do aleitamento exclusivo contra a diarreia nos menores de seis meses.

Por sua vez, a literatura dos pressupostos possibilitou a construção de quatro temas de análise ou categorias de estudo:

- Recomendações de uma alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos e seus benefícios;
- Introdução precoce de alimentos complementares e fatores associados;
- Desmame vivenciado pelas mães e a influência dos profissionais de saúde;
- Atuação dos profissionais de saúde durante a alimentação no primeiro ano de vida.

5.2. Recomendações de uma alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos e seus benefícios

A alimentação complementar é compreendida como a alimentação fornecida no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

A OMS recomenda a promoção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, em substituição à recomendação anterior que era de 4 a 6 meses. Recomenda, ainda, a introdução de alimentos complementares nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, a partir de seis meses (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Essa recomendação se pauta no conhecimento de que até os seis meses de vida o leite materno exclusivo é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança, além de favorecer a proteção contra doenças. Após essa idade, a inclusão dos alimentos complementares no esquema alimentar da criança tem o objetivo de elevar, principalmente, as quotas de energia e micronutrientes, mantendo-se o aleitamento ao peito até 12 ou 24 meses de idade da criança (OLIVEIRA et al., 2005).

Quando a criança não cresce satisfatoriamente com a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, antes de se recomendar a introdução de alimentos complementares é necessário realizar uma avaliação criteriosa para ver se a criança não está ingerindo pouco leite materno por má técnica de amamentação, levando a um esvaziamento inadequado das mamas e à consequente diminuição da produção do leite. Nesses casos, a conduta de escolha é orientar e apoiar a mãe para que o bebê aumente a ingestão do leite materno e não introduzir a alimentação complementar desnecessariamente (MONTE; GIUGLIAN, 2004).

Segundo Parada, Carvalhaes e Jamas (2007), durante a introdução de alimentos complementares aos seis meses de vida da criança, os mesmos devem ser preparados especialmente para ela, sob a forma de papas, purês de legumes, cereais ou frutas. São os chamados alimentos de transição. A partir dos oito meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. Recomenda-se o uso de copos para oferecer água ou outros líquidos e dar os alimentos semissólidos e sólidos com prato e colher.

De acordo com Oliveira et al. (2005), A adoção da prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, o oferecimento oportuno de alimentos complementares após essa idade, e a manutenção do aleitamento ao peito por 24 meses constituem mecanismos capazes de assegurar o bom desenvolvimento físico, neurológico e motor da criança.

Segundo Correa et al. (2009), o leite materno é inquestionavelmente o melhor alimento nos primeiros meses de vida e seus principais benefícios incluem: proteção das vias respiratórias e do trato gastrointestinal contra doenças infecciosas, ganho de peso adequado, é livre de contaminação, promove proteção imunológica, é adaptado ao metabolismo da criança, além de estimular o vínculo afetivo entre mãe e filho. A prática de aleitamento materno poderia prevenir 13% das mortes de crianças menores de cinco anos.

Além disso, no estudo de Monte e Giuglian (2004), é afirmado que aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma, e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas. A amamentação exclusiva também é fundamental na prevenção da morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso e parece proteger contra o aparecimento do diabetes melito tipo I. Foi descrito que a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos 4 meses) pode ser um importante determinante dessa doença e pode aumentar seu risco de aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos de diabetes melito tipo I poderiam ser evitados se 90% das crianças até 3 meses não recebessem leite de vaca.

Vieira, Silva e Vieira (2003), revelam que através de uma coorte prospectiva de 1.677 crianças realizada por Arifeen (2001), demonstrou que o aleitamento exclusivo conferiu uma forte proteção contra óbitos por diarreia, e que o aleitamento predominante ou a ausência de aleitamento estiveram associados ao risco 2,23 vezes maior de morrer por outras causas de doenças infecciosas, e um risco 3,94 vezes maior de morrer por infecções respiratórias e diarreia. Enquanto que na pesquisa realizada por Vieira, Silva e Vieira (2003), as crianças menores de seis meses que não mamavam apresentaram uma chance de 64,0% a mais para a diarreia do que aquelas amamentadas. Quando comparadas com as que mamavam exclusivamente, houve um aumento dessa chance para 82,0% entre as não amamentadas.

Na pesquisa de Ramos e Ramos (2007), alguns estudos apontam que o aleitamento

materno nos primeiros seis meses assegurou níveis mais elevados de hemoglobina e que esses níveis declinavam quando o aleitamento artificial era adotado, sendo compatíveis com anemia. Em outro estudo com crianças de seis a 12 meses de idade, verificou-se que o aleitamento materno no segundo semestre, juntamente com a alimentação complementar, promovem melhor situação com relação à anemia.

Pode-se verificar a amplitude de visões de cada autor sobre a alimentação infantil, bem como a importância de seus benefícios quando oferecida de forma satisfatória. Podemos então dizer que é fundamental a orientação por parte dos profissionais de saúde em aconselhar as mães em oferecer uma nutrição adequada para seu filho, com o propósito de torná-lo um adulto saudável (BRASIL, 2009).

5.3. Introdução precoce de alimentos complementares e fatores associados

A introdução dos alimentos na dieta da criança é uma etapa crítica que pode conduzir ao déficit nutricional e a enfermidades. É um processo que envolve complexos fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos que interferem no estado nutricional da criança (SILVA; VENANCIO; MARCHIONI, 2010).

Em países em desenvolvimento, a dieta complementar tem um efeito imediato na saúde infantil, devido a fatores como a falta de acesso a alternativas adequadas ao leite materno; contaminação microbiana de alimentos ou líquidos e substituição do leite materno por alimentos menos nutritivos. A introdução precoce dos alimentos complementares com frequência aumenta a vulnerabilidade da criança a diarreias, infecções e desnutrição. A consequência imediata da má-nutrição durante esse período é o aumento da morbimortalidade e atraso no desenvolvimento mental e motor (SILVA; VENANCIO; MARCHIONI, 2010).

Na pesquisa realizada por Salve e Silva (2009) evidenciou-se que a época de introdução do primeiro alimento variou de 25 a 60 dias de vida do bebê para água e chá, de 10 a 150 dias de vida para a fórmula artificial, de 120 a 150 dias para o leite UHT integral e de 120 a 165 dias de vida para os alimentos da família. A média de idade em que a criança recebeu o primeiro alimento diferente do leite materno foi de 80,8 dias de vida.

Correa et al. (2009) em seu estudo transversal com 516 mães de crianças com menos de dois anos de idade, constatou que 80% das crianças receberam fruta, 77,5% receberam suco natural associados ao aleitamento materno e 36,8% receberam leite modificado, em

substituição ao aleitamento materno, antes de completarem seis meses de idade. A análise de regressão multivariada identificou que as mães com menor grau de escolaridade e que trabalhavam fora de casa apresentaram mais chance de introduzir precocemente alimentos aos seus filhos.

Oliveira et al. (2005) conclui em sua pesquisa, com amostra constituída de 724 crianças residentes na cidade de Salvador, BA, Brasil, que a iniciação do consumo de alimentos complementares acontece em período bem precoce da vida, e são oferecidos em quantidade insuficiente para suprir as recomendações nutricionais, particularmente de micronutrientes. É constatado que aos seis meses de idade, quando deveria iniciar o consumo de alimentos complementares, a quase totalidade das crianças já inclui um amplo leque de alimentos diferentes do leite materno nos seus regimes alimentares. Sendo que o engrossante ou mingau (preparação à base de leite de vaca, açúcar e espessante de milho e arroz) já tem lugar de destaque na alimentação da criança.

Na pesquisa realizada por Parada; Carvalhaes e Jama (2007) foi verificado que a introdução de alimentos complementares foi precoce, levando à baixa frequência de aleitamento materno exclusivo (36,9% em <4 meses). Crianças menores de 4 meses consumiram chás (30,7%), crianças entre 4 e 6 meses consumiram frutas (54,1%), sopas (39,9%) e comida (19,2%). Sucos foram oferecidos a apenas 15,2% das crianças menores de 4 meses com desmame completo, água a 60%. Os dados apontam consumo de preparações inadequadas pela consistência: oferta de comida da família a crianças entre 6 e 8 meses (48,8%) e oferta de sopa a crianças acima de 8 meses (71,6%). Justificam-se no município intervenções focadas na alimentação complementar.

Em um estudo realizado por Simon (2003), observou-se na verificação da idade de introdução de alimentos de crianças nascidas em Hospital Universitário do Município de São Paulo, que a introdução de água ou chá, leite não materno, frutas, verduras e legumes, cereais e tubérculos foram menores de 6 meses. Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre escolaridade materna, renda familiar, trabalho materno e introdução de alguns alimentos.

Já no estudo feito por Santos, Lima e Javorski (2007), formado por 101 mães de crianças entre cinco e oito meses, constatou-se que 79,2% dessas crianças não se adequavam às normas do Ministério da Saúde quanto à transição alimentar. Para o não seguimento a essas normas as mães apontaram, como principais motivos: recusa da criança (23,5%); interferência

da avó (19%); praticidade do preparo/oferecimento do mingau em relação à alimentação salgada (17,7%).

Considerando que o processo de alimentação está intimamente relacionado com a presença e reciprocidade de emoções diversas, o ambiente onde a criança é alimentada deve ser entendido como agente de grande importância. Porém, garantir condições ambientais adequadas para essa prática nem sempre é uma tarefa simples para boa parte da população. Más condições de habitação e de higiene, bem como carência econômica, podem constituir fatores de influência negativa sobre a saúde da criança (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007).

Concluiu-se por meio dos estudos analisados, que a grande maioria das crianças na faixa etária em estudo não recebe uma alimentação saudável. Além disso, diversos fatores prejudicam a oferta do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança e, conseqüentemente, a introdução precoce de alimentos complementares. Nesse sentido, percebe-se a importância da intervenção dos profissionais de saúde na melhoria dos indicadores de amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança e na orientação sobre a oferta de uma alimentação saudável.

5.4. Desmame vivenciado pelas mães e a atuação dos profissionais de saúde

Muitas mulheres embora considerem o leite materno a melhor opção alimentar para o filho, não amamentam. Mesmo aquelas que se submetem à rotina assistencial, estabelecida pela política estatal como base para o êxito na amamentação, costumam desmamar seus filhos antes do quarto mês de vida. Apesar de as mães valorizarem o leite materno, não se sentem seguras a ponto de adotá-lo como único alimento durante o período em que ele é indicado (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Vários estudos realizados no Brasil procuraram calcular a mediana do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo, e apontaram que ambas ficaram inferiores ao que se é recomendado pelo Ministério da Saúde (RAMOS; RAMOS, 2007).

Muitas vezes, os conhecimentos das mães sobre questões fundamentais da amamentação são insuficientes, não permitindo o sucesso pleno do aleitamento materno e, conseqüentemente, há o desmame (RAMOS; RAMOS, 2007).

Nesse período, o apoio de profissionais da saúde à mulher-mãe é importante para que ela se sinta segura e sabendo que não está sozinha, podendo pedir ajuda quando achar

necessário (SONEGO et al., 2004).

Diversos fatores estão associados à ocorrência do desmame precoce: mães primíparas, o uso de chupeta, hospital de nascimento, trabalho materno, nível socioeconômico, grau de escolaridade da mãe, idade da mãe, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e intenção da mãe de amamentar (ESCOBAR et al., 2002).

No estudo de caso de Sonego et al. (2004) concluiu-se que o desmame acontece em razão de uma nova gestação, idade da criança, doença da mãe ou do filho e recusa do peito pela criança. Verificou-se que o desmame pode ser tranquilo para algumas mulheres, enquanto para outras é acompanhado de sofrimento. Por meio das falas das mulheres-mães estudadas, observou-se que o discurso dos formuladores de política sobre o aleitamento materno parece influenciar bastante na construção dessa prática, atuando mais que as de gerações anteriores da família.

De acordo com uma pesquisa realizada por Escobar *et al.* (2002), numa amostra de 599 crianças, 86,1% das mães amamentaram e 92% referiram saber a importância do leite materno. A idade média do desmame foi de 3,3 meses, sendo que 75,9% das mães suspenderam a amamentação sem orientação médica. 38,9% referiram que o leite era "fraco", ou "secou" ou que a criança "largou" o peito. Maior escolaridade da mãe e presença de rede de esgoto mostrou relação com maior tempo de aleitamento.

Corrêa et al. (2009) revelam em seu estudo transversal com 516 mães de crianças com menos de dois anos de idade, que dentre as crianças menores de dois anos de idade, apenas 28,7% haviam recebido aleitamento materno exclusivo até os seis meses e, dentre as crianças que estavam com menos de seis meses no momento da pesquisa, apenas 49,6% estavam recebendo aleitamento materno exclusivo.

Oliveira et al. (2005) observaram em seu estudo transversal, com amostra constituída de 724 crianças, que o desmame é praticado precocemente. O consumo de leite materno declina expressivamente a partir dos seis meses de idade, e é substituído pelas fórmulas à base de leite em pó integral, espessante e açúcar. A participação dos hidratos de carbono no valor calórico total da dieta aumenta com a idade, enquanto que o lipídeo diminui expressivamente. A distribuição média da energia e da proteína da dieta está acima do recomendado segundo a idade para todos os grupos etários, mas é grande a variabilidade do consumo intragrupo. A realização do desjejum, do almoço e do jantar foi registrada para aproximadamente 90% das

crianças investigadas.

Já em outro estudo realizado por Silva (2009), com mulheres-mães na comunidade ribeirinha de Vila Nova Maringá, constatou-se que o desmame completo costuma ocorrer na comunidade entre o primeiro e o segundo ano de vida da criança. A mudança da dieta é gradual, de líquido, pastoso, a sólido. As mães falam sobre essa transição do ponto de vista empírico, conforme a fala de uma das entrevistadas. Ela explica que o intestino da criança, após o desmame, ainda é “fraco” e merece essa mudança gradual de dieta.

Segundo Sonego et al. (2004) no que diz respeito à atuação dos enfermeiros no processo de desmame, estes precisariam estar disponíveis às famílias, prestando apoio para fortalecê-las no enfrentamento das atividades diárias relacionadas à saúde. Nesse contexto, podemos incluir a orientação quanto à alimentação complementar da criança, que contempla, também, o período do desmame.

O profissional de saúde também é importante no incentivo ao aleitamento materno, apoiando e instruindo a nutriz, através do acompanhamento pré-natal cuidadoso, formação de grupos de gestantes, alojamento conjunto, durante a puericultura e na promoção de campanhas de incentivo ao aleitamento. Afinal, na medida em que se conhecem os motivos que possam contribuir com o desmame precoce, pode-se atuar melhor no sentido de prevenção desses fatores de forma mais direcionada e, portanto, mais eficaz (ESCOBAR et al., 2002).

Para Silva (2009) o profissional enfermeiro envolvido com o cuidado da saúde materno-infantil deve ficar atento a um detalhe: o de que existem não só culturas diferentes daquela por ele vivenciada, mas conceitos sobre a amamentação igualmente diferentes dos preconizados pelo modelo biomédico. O enfermeiro, desta forma, precisa compreender a mulher para, só então, ajudá-la no cuidado dirigido aos filhos. Para promover o bem-estar e a saúde dos conceitos, e decidir os cuidados de enfermagem que irão preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado cultural, o profissional deve se conscientizar de que nem sempre o melhor caminho é a simples reestruturação do cuidado materno.

5.5. Práticas educativas dos profissionais de saúde

Os serviços e profissionais de saúde têm sido alvo de discussões sobre atitudes e práticas diante da promoção da alimentação infantil. Constantemente, ambos são responsabilizados pelo sucesso dessa prática, cuja atuação na promoção, informação e apoio

às mulheres estende-se da atenção ao pré-natal, ao parto, puerpério imediato e puericultura (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

A valoração dos profissionais de saúde é realçada em documento da 55ª Assembleia Mundial de Saúde, que aponta a necessidade de as mães receberem apoio especializado, ou seja, de alguém capaz de ajudá-las a iniciar e manter práticas apropriadas de alimentação da criança, bem como prevenir e ajudar a superar dificuldades (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Na prática, os profissionais de saúde apresentam alguma dificuldade para manter-se atualizados em relação à alimentação infantil, especialmente pela falta de investimentos da rede pública em treinamentos que enfoquem a melhoria do desempenho em aconselhamento. No caso da rede pública de saúde, a contínua pressão para atendimento à demanda tem tornado os gestores pouco sensíveis a experimentações no campo da educação permanente, tanto mais se não anteveem claros resultados práticos (BASSICHETTO; RÉA, 2008).

Araújo e Almeida (2007) em seu estudo concluíram que são apontadas as limitações dos profissionais de saúde, inclusive do nutricionista, diante das exigências no assistir em amamentação. Evidenciou-se, no estudo, a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde para atuar na assistência em amamentação e alimentação infantil, numa abordagem que ultrapasse as fronteiras do biológico, compreendendo a nutriz em todas as dimensões do ser mulher.

Segundo Araújo e Almeida (2007), o profissional de saúde orienta suas ações de incentivo ao aleitamento entendendo esse fenômeno como um ato natural, decorrente do instinto materno, apesar de reconhecer que esse processo é determinado por objetos sociais do contexto materno.

Para orientar as mães/cuidadores na escolha dos alimentos complementares, o profissional de saúde deve conhecer o conteúdo nutricional dos alimentos locais e sua utilização para a alimentação infantil. Quando necessário, deve consultar tabelas locais de composição de alimentos (MONTE; GIUGLIANI, 2004)

De acordo com Bassichetto e Réa (2008), ao realizar um Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil na transformação de conhecimentos com 29 profissionais no grupo intervenção e 27 no grupo controle, observou-se melhora no grupo intervenção para o conjunto das questões e para amamentação; HIV e alimentação infantil; alimentação complementar; e aconselhamento em alimentação infantil. Quanto ao

desempenho, verificou-se que, após a intervenção, houve melhora significativa no grupo intervenção em anamnese alimentar.

Santos, Lima e Javorski (2007) revelam em sua pesquisa a percepção das mães acerca da qualidade das orientações fornecidas pelo enfermeiro, com relação à dieta de transição. Para a maioria (70,5%), o enfermeiro ressaltou a importância dos alimentos complementares oferecidos à criança. Observou-se que 97,4% das mães esclareceram suas dúvidas e receberam orientações por escrito, além das verbais, e 94,8% não tinham dúvidas, após a consulta. Apenas 2,6% das mães afirmaram não ter tido oportunidade de esclarecer dúvidas, durante a consulta.

Segundo Escobar (2002), ao contrário do esperado, o acompanhamento da criança pelo posto de saúde não influenciou o tempo de amamentação. Assim, as ações educativas no sentido de preconizar a importância do aleitamento materno deveriam ser enfatizadas com mais vigor e insistência pelos profissionais de saúde, em todos os níveis de atendimento, para todas as crianças que, por variadas razões, entram no sistema de saúde. Entretanto, na mesma pesquisa, a maioria dos entrevistados sabia da importância do leite materno (92%). Essa variável apresentou significância estatística, demonstrando que é fundamental tornar a população informada sobre o assunto. A maioria obteve as informações através de meios de comunicação e serviços de saúde, reforçando, assim, a necessidade de realizar campanhas e enfatizar o aleitamento nos postos de saúde e hospitais.

Segundo Santos (2007), em seu estudo sobre fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses do Recife, revelou a percepção das mães acerca da qualidade das orientações fornecidas pelo enfermeiro, com relação à dieta de transição. Para ele a mãe foi a principal executora dos cuidados e receptora das orientações fornecidas pelo enfermeiro. Elas mostraram, segundo os dados, que houve uma boa qualidade da consulta de enfermagem. No entanto, os resultados demonstrados em sua pesquisa não apontaram para uma adequação alimentar às normas do Ministério da Saúde.

Diante desse cenário, o pesquisador supracitado considera que durante o processo de comunicação poderá ocorrer que: as pessoas ouvem, mas não compreendem; ouvem e pensam que compreendem, não executando as orientações de maneira certa ou transmitindo a outrem de maneira errada; ouvem e compreendem, mas não ficam convencidas e não modificam seus hábitos. Dessa maneira a comunicação será considerada ineficaz, embora seja realizada pelo enfermeiro durante as consultas (SANTOS, 2007).

Santos, Lima e Javorski (2007), em seu estudo transversal, descritivo, formado por 101 mães de crianças entre cinco e oito meses, foi constatado que 97,4% das mães afirmaram receber as orientações verbais e escritas no serviço. Na amostra estudada o enfermeiro e a avó foram os principais orientadores da transição alimentar, com 77% e 16%, respectivamente. Entretanto, apenas 20,8% das crianças apresentaram um padrão alimentar adequado, segundo as orientações do Ministério da Saúde. A mãe, principal responsável pelos cuidados da criança, sofreu influências do seu ambiente familiar, sobretudo da avó, e da sociedade em que está inserida.

Os autores supracitados acima ainda ressaltam que quanto as razões pelas quais as mães não seguem as orientações transmitidas no serviço, quanto à dieta de transição, verificou-se que os principais motivos mencionados pelas mães para justificar o não seguimento das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde foram: a não aceitação da criança (25,3%), a interferência da avó (19,0%) e a comodidade do preparo/oferecimento do mingau em relação à alimentação salgada (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007).

De acordo com a pesquisa de Santos (2007) sobre fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses do Recife, a avó também se destacou como uma das pessoas responsáveis pelo cuidado com a criança.

Santos (2007) referem que a filha se espelha na mãe e vislumbra-a como modelo de vida a ser seguido, copiado e transformado. Dessa forma, o componente educacional familiar favorece a alimentação e o cuidado com a criança, quando a filha passa a espelhar sua vida e seu comportamento na forma como sua mãe foi criada. Porém, foi observado, em seu estudo, que a influência da avó não foi tão positiva.

Portanto, é necessário não só valorizar a puericultura, mas, também, focar as avós e os familiares próximos da criança no sentido de oferecer a eles informações importantes sobre a complementação alimentar que, consequentemente, irá refletir em sua vida adulta.

Monte e Giugliani (2004) concluem em seu estudo que a alimentação complementar adequada à criança em aleitamento materno é crítica para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança. Portanto, é um fator essencial para a segurança alimentar e para o desenvolvimento das populações e seus países. Cabe aos profissionais de saúde repassar efetivamente às mães/cuidadores as novas recomendações para a promoção da alimentação complementar saudável da criança amamentada. Cabe aos governos propiciar as condições

adequadas para essa promoção.

Para Dias, Freire e Franceschini (2010) aos profissionais da saúde cabe incentivar o aleitamento materno, orientar os pais quanto às práticas da alimentação complementar apropriadas, que compreendem a introdução, em tempo oportuno, de alimentos adequados para complementar o aleitamento materno e orientar as ações governamentais, tendo como objetivo máximo o crescimento e o desenvolvimento pleno das crianças menores de dois anos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender a importância da alimentação infantil no primeiro ano de vida que poderá vir influenciar a sua vida adulta. A alimentação complementar adequada da criança amamentada pode interferir para o ótimo crescimento e desenvolvimento infantil e, portanto, torna-se um componente essencial para o desenvolvimento do indivíduo, para a segurança alimentar e nutricional populacional.

Por meio do presente estudo foi possível conhecer a alimentação infantil no primeiro ano de vida, analisar o desmame vivenciado pelas mães e identificar a presença de profissionais de saúde ou familiares da mãe que auxiliam na transição alimentar da criança.

Os resultados deste estudo mostraram que o aleitamento materno é substituído precocemente por outros alimentos interferindo na nutrição infantil saudável. Além disso, a introdução de novos alimentos na dieta das crianças não segue as recomendações do Ministério da Saúde. Há grande carência de ferro, nutrientes, proteínas, vitaminas e minerais na composição alimentar das crianças.

Sugere-se, portanto que para alcançar o sucesso de uma alimentação infantil saudável é necessário o reconhecimento pelos profissionais de saúde dos aspectos simbólicos e culturais, que envolvem a alimentação da criança, bem como ajuda-los a interpreta-los. A identificação e a valorização destes aspectos permitirão maior proximidade entre os profissionais da área de saúde e a realidade vivenciada pelas mães e outros cuidadores. Nesse sentido, espera-se a construção de novos olhares sobre a alimentação nos primeiros dois anos de vida no intuito de promover uma alimentação infantil saudável.

7. REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura médica. 2002. p. 225-242.
- ARAÚJO, R. M. A; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento Materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v. 20, n 4, p.431-438, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n4/10.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2013.
- BASSICHETTO, K. C.; RÉA, M. F. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenções. **Jornal de Pediatria**, v.84, n.1, p.75-82, 2008. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-476712>. Acesso em: 21 Ago. 2013.
- BASTOS, M. A. R. *et al.* Curso de Especialização em Formação Pedagógica para profissionais de Saúde. **Módulo 7: Investigando Questões da Educação na Área da Saúde**. Belo Horizonte, 2012. 98p.
- BEYA, S.C.; NICOLL. Elaboração de diretrizes para a prática clínica como uma abordagem para a prática baseada em evidências. **AORN Journal**, v.67, n.5, p.1037-1038, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, p.112. 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BROOME, M. E. Análises Integrativas de Literatura para o desenvolvimento de conceitos. In: RODGERS, BL; KNAFL, K.A. **Desenvolvimento de conceitos em enfermagem: fundamentos, técnicas e aplicações**. Philadelphia, W.B. Saunders Company, p.231-250, 2000.

- CAMPOS, Rosângela Galindo de. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica**. 2005. 158 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 21 Out.. 2013.
- CORRÊA, E. N.; CORSO, A. C. T.; MOREIRA, E.A.M. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.27, n.3, p.258-264, 2009. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-527414>. Acesso em: 14 Fev. 2013.
- DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores que dois anos. **Revista de Nutrição**, v.23, n.3, p.475-486, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-561441>. Acesso em: 18 Set. 2013.
- ESCOBAR, A. M. U. *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.3, p.253-261, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n3/17095.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2013.
- FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. da S. **Enfermagem e a Saúde da Criança na Atenção Básica**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2009. 548p.
- GANONG, L.H. Comentários de Pesquisa Integrativa em Enfermagem. **Pesquisa em Enfermagem e Saúde**, v.10, p.1-11, 1987.
- IBFAN. **Alimentação Infantil: Bases Fisiológicas**. São Paulo: Instituto Saúde, 1997. 89 p.
- MONTE, C.M.G.; GIUGLIAN, E. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.131-141, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/#last>. Acesso em: 14 Fev. 2013.

- OLIVEIRA, L.P.M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição**, v.18, n.4, p.459-469, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n4/25844.pdf>. Acesso em: 05 Mar. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Obesidade infantil e desnutrição OMS. Disponível em: <http://www.obesidadeinfantil.org/medidas-oms-contr-obesidade-infantil.php>. Acesso em 11 de julho de 2013.
- PARADA, C.M.G. de L; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; JAMA, Milena Temer. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 282-289, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a14.pdf>. Acesso em: 17 Fev. 2013.
- POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorell, 5ª ed. Porto Alegre, Artmed, p. 114. 2004.
- RAMOS, V. V.; RAMOS, J.V.. Aleitamento materno, desmame e fatores associados. **Ceres: Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, p. 43-50; 2007. Disponível em: <http://www.nutricao.uerj.br/pdf/revista/v2/artigo4.pdf>. Acesso em: 03 Out. 2013.
- SALVE, J.M.; SILVA, I.A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p. 43-48, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a07v22n1.pdf>. Acesso em: 06 Jul. 2013.
- SANTOS, C. S. dos; LIMA, L.S.de; JAVORKI, M.. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.7, n.4, p.373-380, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a04v7n4.pdf>. Acesso em: 06 Jul. 2013.
- SANTOS, L.A. da S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de

- práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, v.18, n.5, p.681-692, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n5/a11v18n5.pdf>. Acesso em: 19 Mar. 2013.
- SANTOS, L.F.A. dos. **Apostila Metodologia da Pesquisa Científica**. ITAPEVA. p.11. 2006.
 - SILVA, L.P.; VENÂNCIO, S.I.; MARCHIONI, D.M.L. Práticas de Alimentação Complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v.23, n.6, p.983-992, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n6/05.pdf>. Acesso em: 17 Out. 2013.
 - SILVA, R.F. da. **Valores culturais que envolvem o cuidado materno ribeirinho : subsídios para a enfermagem**. 2009. 100p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009.
 - SILVEIRA, C.S. **Pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa**. 2005, 116 f. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 10 Jul. 2013.
 - SILVEIRA, R.C.C.P. **O cuidado de enfermagem e o catéter de Hickman: a busca de evidências**. 2005. 134p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2005.
 - SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.6, n.1, p. 29-38, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n1/05.pdf>. Acesso em: 17 Jun. 2013.
 - SKINNER, J. D.; CARRUTH B. R.; BOUNDS, W.; ZIEGLER, P.; REIDY, K. Não experiências relacionadas com a alimentação nos primeiros 2 anos de vida prever

variedade alimentar em crianças em idade escolar? *Jornal de Educação Nutricional*. v. 34, n.6, p.310-5, 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 25 Ago.2013.

- SONEGO, Joseila *et al.* Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.38, n.1, p.341-9, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/13.pdf>. Acesso em: 25 Mai. 2013.
- TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; FILHO, Escrivão Edmundo. **Abordagem Qualitativa, Quantitativa e a Utilização da Pesquisa-Ação nos Estudos Organizacionais**. XXVI ENEGEP. Fortaleza, CE. 9 a 11 de outubro de 2006.
- VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **J. de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n.5, p.449-454, 2003. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-351227>. Acesso em: 24 de Set. 2013.

ANEXO

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Código do estudo:****1). Dados do pesquisador****Nome:****Profissão:** () Enfermeiro(a) () Nutricionista () Médica () Docente**Titulação:** () Mestre () Doutor(a) () Especialista () Graduação

() Outros: _____

2). Dados da publicação**Base de dados:** () Scielo () Lilacs () Medline () Ceres: Nutrição & Saúde - UERJ**Título:****Tipo de publicação:** () Dissertação () Artigo**Ano:****Procedência do autor:****Fonte:****Idioma:****Delineamento do estudo:** () Qualitativo: Descritivo () Quantitativo

() Quantitativo () Não discriminado () Outros _____

Instrumento(s) utilizado(s):**Local de desenvolvimento da pesquisa:****Objetivos:**

