



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

EMMANUELA LIRA PEREIRA

**ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS, DE ZERO A
CINCO ANOS, ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE – PB
2021**

EMMANUELA LIRA PEREIRA

ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS, DE ZERO A CINCO ANOS, ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Atenção à Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões.

Coorientadora: Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa.

**CAMPINA GRANDE – PB
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P436e Pereira, Emmanuela Lira.

Estado nutricional e perfil alimentar das crianças, de zero a cinco anos, assistidas na Atenção Primária à Saúde [manuscrito] / Emmanuela Lira Pereira. - 2021.

150 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões, Departamento de Farmácia - CCBS."

1. Aleitamento materno. 2. Obesidade infantil. 3. Alimentação infantil. 4. Estado nutricional. I. Título

21. ed. CDD 614

EMMANUELA LIRA PEREIRA

ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS, DE ZERO A CINCO ANOS, ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Atenção à Saúde

Aprovada em: 22/06/2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa (Coorientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Maria Sidney da Silva Soares
Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Unifacisa)

Ao meu pai (In memoriam) e a minha mãe, por todo esforço e dedicação
desempenhados na minha educação, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida, e ao patriarca São José que me valeu em todos os dias de estudo e dedicação vividos, durante esta caminhada.

À professora Dra. Mônica Simões, pela acolhida e carinho com que sempre me recebeu, sempre disposta a colaborar com o meu desenvolvimento em pesquisa e sem medir esforços no auxílio do aprimoramento dessa dissertação.

À professora Dra. Carla Muniz e Dra. Danielle Franklin, pela oportunidade concedida a participar do COI, em que tive a oportunidade de trocar experiências com os alunos da extensão, do PIBIC e os outros professores da UEPB. Da mesma forma, afirmo que a minha participação no projeto de pesquisa base, desse Núcleo de estudos epidemiológicos, a qual fui vinculada, em especial, participando da comunidade Teiker, trabalhando com uma equipe multiprofissional e contribuindo na produção de conteúdo para implantação desse projeto. Tudo isso, foi essencial e bastante significativo para o meu desenvolvimento como pesquisadora.

Os coordenadores e professores do programa de pós-graduação em Saúde pública da UEPB, por todo empenho e dedicação destinados aos seus alunos, por meio das disciplinas e dos debates, para o desenvolvimento desta pesquisa. Assim como, os colegas de classe, pelos momentos de amizade e de apoio que compartilhamos.

Além desses, acreditando que algumas pessoas entram em nossas vidas, como anjos enviados por Deus, a fim de nos guiar, na direção certa, para a conquista de nossos verdadeiros ideais de vida, é que, sob essa égide, agradeço todo o apoio e dedicação a mim dispensado, por essas brilhantes e dedicadas profissionais, durante essa minha árdua caminhada. Quais sejam:

A amiga, professora Dra. Ângela Ramalho por sempre ter acreditado e confiado na minha experiência profissional e acadêmica, orientando-me e estimulando-me a voltar aos estudos, não me deixando desistir dos meus objetivos de vida.

A coorientadora, professora Dra. Cláudia Martiniano, pela pessoa atenciosa e humana que é. Afirmo que o seu empenho, a sua dedicação e a sua atenção foram relevantes no desenvolvimento e na conclusão desta dissertação.

Não poderia deixar de mencionar, nesse agradecimento, a minha família. Eles são os responsáveis basilares pela mulher que me tornei. Inicialmente, agradeço ao meu pai, Ubiratan da Silva Pereira (*in memoriam*) que, caso estivesse presente fisicamente, comemoraria, cantando uma música de Roberto Carlos em seu violão. Agradecimento que também vai para a minha mãe, Maria das Neves Lira Pereira, que, com os demais familiares, e diante de inúmeras dificuldades, proporcionaram estudos significativos a mim e ao meu irmão. Sou também grata à ajuda indispensável e necessária que a minha mãe, juntamente com a minha sogra, Maria do Socorro Brandão, desempenharam no cuidado e no zelo para com minha filha, enquanto eu mergulhava nas atividades acadêmicas.

Concluo agradecendo ao meu esposo, José Romero Brandão Filho, por ter compreendido minhas ausências e por nunca ter desistido de acreditar em meu potencial. Em nenhum momento, deixou de me apoiar quando eu idealizava algum objetivo profissional. Da mesma maneira que era ele o primeiro a me incentivar a enfrentar os desafios, decorridos do dia a dia, na elaboração e na construção deste trabalho dissertativo.

Esse trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Epígrafe – “Crianças com sobrepeso têm 55% de chance de se tornarem adolescentes obesos e 80% de chance de serem adultos obesos”.

(Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

RESUMO

INTRODUÇÃO: a obesidade infantil vem sendo considerada um dos maiores problemas de Saúde Pública no século XXI. Dessa forma, identificar e compreender melhor o perfil alimentar e o estado nutricional das crianças menores de cinco anos tem extrema relevância, diante do cenário atual. **OBJETIVOS:** investigar o estado nutricional, o perfil alimentar e as condições de alimentação das crianças de 0-5 anos de idade. **MÉTODOS:** a pesquisa, em função dos objetivos, é do tipo descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. Essa foi realizada com as crianças de 0 a 5 anos, assistidas pelas UBS da cidade de Campina Grande – PB, durante os meses de outubro e novembro de 2020. As análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico R, sendo utilizada a estatística descritiva para a análise dos dados e, para as associações, foram utilizados o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher. Os dados resultantes das entrevistas foram organizados por meio do software Atlas ti e submetidos à análise de conteúdo. O estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba. **RESULTADOS:** constatou-se, na faixa etária menor de 6 meses, que 81,5% das crianças consumiram leite materno, porém 41,5% delas consumiram fórmula infantil. De 6-23 meses, houve um não consumo de leite materno de 51,3%. A respeito da faixa etária de 24-60 meses, 56,5% das crianças costumam realizar suas refeições diante de algum eletrônico. Em se tratando do estado nutricional, a faixa etária de 6-23 meses apresentou 54% de risco de sobrepeso e a faixa etária de 24-60 meses evidenciou 53% de eutrofia. Em relação a parte qualitativa, após as análises das falas, organizaram-se 3 categorias centrais: a amamentação, suas particularidades e seus determinantes; início da alimentação complementar e suas modalidades e a pandemia do Covid-19, como influenciador da rotina alimentar infantil. **CONCLUSÃO:** o estado de saúde das crianças estudadas não foi impactado, tendo em vista o perfil alimentar e o estado nutricional encontrados. Como também, o conhecimento das mães não se mostrou relevante, diante da oferta dos alimentos ultraprocessados e das justificativas paradoxais elencadas. Portanto, torna-se necessário que as unidades básicas de saúde se certifiquem na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil, para que os profissionais de saúde tenham um conhecimento elevado e mais atual sobre a amamentação e a alimentação

complementar infantis, a fim de realizar uma correta assistência alimentar a essas famílias, para que os agravos nutricionais não se evidenciem no público infantil.

PALAVRAS CHAVE: Aleitamento materno. Obesidade infantil. Alimentação infantil. Estado nutricional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: childhood obesity has been considered one of the biggest public health problems in the 21st century. Thus, identifying and better understanding the dietary profile and nutritional status of children under five years of age is extremely important, given the current scenario. **OBJECTIVES:** to investigate the nutritional status, food profile and feeding conditions of children aged 0-5 years. **METHODS:** the research, depending on the objectives, is descriptive and exploratory, with a quantitative-qualitative approach. This was carried out with children aged 0 to 5 years, assisted by the UBS in the city of Campina Grande - PB, during the months of October and November 2020. The analyzes were performed with the aid of the R statistical software, using descriptive statistics for data analysis and associations, the chi-square test and Fisher's exact test were used. The data resulting from the interviews were organized using the Atlas ti software and submitted to content analysis. The study was submitted and approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual da Paraíba. **RESULTS:** it was found that 81.5% of the children in the age group under 6 months consumed breast milk, but 41.5% of them consumed infant formula. From 6-23 months there was a non-consumption of breast milk of 51.3%. Regarding the age group 24-60 months, 56.5% of children usually have their meals in front of an electronic device. In terms of nutritional status, the age group 6-23 months had a 54% risk of overweight and the age group 24-60 months showed 53% eutrophy. Regarding the qualitative part, after the analysis of the speeches, 3 central categories were organized: breastfeeding, its particularities and its determinants; beginning of complementary feeding and its modalities and the Covid-19 pandemic as an influence on children's eating routine. **CONCLUSION:** the health status of the children studied was not impacted, given the dietary profile and nutritional status found. As well, the knowledge of mothers was not relevant, given the offer of ultra-processed foods and the paradoxical justifications listed. Therefore, it is necessary that the basic health units are certified in the Strategy Alimentação Brasil, so that health professionals have a high and more up-to-date knowledge about breastfeeding and complementary infant feeding, in order to provide correct food assistance. to these families, so that the nutritional problems are not evident in children.

KEY WORDS: Breastfeeding. Child obesity. Infant feeding. Nutritional status.

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Quadro 1 -	Resumo da evolução das políticas que nortearam a saúde da criança no Brasil.....	33
Tabela 1 -	Características demográficas e socioeconômicas da mãe/responsável. Campina Grande – PB, 2021.....	44
Tabela 2 -	Associação da variável dependente com as variáveis independentes sociodemográficas.....	46
Tabela 3 -	Resultado do Recordatório Alimentar < de 6 meses.....	47
Tabela 4 -	Perfil Alimentar das crianças de 6 a 23 meses.....	48
Tabela 5 -	Resultado do Recordatório Alimentar de 24 a 60 meses.....	50
Tabela 6 -	Associação da variável dependente com o perfil alimentar das crianças.....	52
Tabela 7 -	Estado Nutricional das crianças assistidas pela UBS.....	54
Figura 1 -	Estratificação da idade das crianças avaliadas.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alimentação Complementar
AP	Atenção Primária à Saúde
AIDIP	Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância
AUP	Alimentos Ultraprocessados
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COI	Centro de Obesidade Infantil
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde Estaduais
CONANDA	Conselho Nacional dos direitos da Criança e do adolescente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CGCAN	Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EAAB	Estratégia Amamenta Alimenta Brasil
ESF	Equipe Saúde da Família
EBBS	Estratégia Brasileirinho e Brasileirinha
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
MI	Mortalidade Infantil

NEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisa
PAC	Programa de Agente Comunitário
PROSAP	Programa Assistencial à Saúde Perinatal
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	A Alimentação Infantil.....	22
2.2	Obesidade Infantil.....	28
2.3	Políticas Públicas de Saúde da Criança no Brasil.....	31
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
3.1	Caracterização da Pesquisa.....	35
3.2	Local da Pesquisa.....	36
3.3	População e Amostra.....	36
3.4	Crerios de Inclusão e Exclusão.....	38
3.5	Instrumento de Coleta de Dados.....	38
3.6	Sistematização e Análise dos Dados.....	41
3.7	Considerações Éticas.....	42
4	RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1	Perfil alimentar e estado nutricional das crianças de 0-5 anos.....	44
4.2	Compreensão das facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mães na oferta da alimentação às crianças.....	66
4.2.1	<i>1-Amamentação - suas particularidades e seus determinantes.....</i>	68
4.2.2	<i>Amamentação como primeira opção.....</i>	68
4.2.3	<i>O desejo de amamentar.....</i>	73
4.2.4	<i>A atuação dos profissionais de saúde como fator determinante para o sucesso da amamentação.....</i>	74
4.2.5	<i>O conhecimento materno sobre os benefícios do AM e AME.....</i>	76
4.2.6	<i>(Im) compreensão do que é AME.....</i>	77
4.2.7	<i>A oferta do LM e seus tipos.....</i>	79
4.2.8	<i>Dificuldades encontradas na continuidade do AM.....</i>	81
4.2.9	<i>2-Início da Alimentação Complementar (AC) e suas modalidades.....</i>	85
4.2.10	<i>As certezas e incertezas na AC.....</i>	86
4.2.11	<i>A rotina alimentar.....</i>	89
4.2.12	<i>O consumo de Alimentos ultraprocessados (AUP).....</i>	93
4.2.13	<i>3-A pandemia do Covid-19 como influenciador da rotina alimentar infantil.....</i>	98

4.2.14	<i>A mudança alimentar</i>	98
5	CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICES	125
	ANEXOS	130

1 INTRODUÇÃO

As estatísticas globais estimam que 38,3 milhões de crianças menores de 5 anos estão com sobrepeso ou obesidade (WHO, 2019). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) afirma que as crianças com sobrepeso têm 55% de chance de se tornarem adolescentes obesos e 80% de chance de serem adultos obesos (BRASIL, 2019b). À vista disso, a obesidade infantil torna-se um dos maiores problemas de saúde pública no século XXI, e necessita ser combatido.

Sabe-se que a transição alimentar, que aconteceu nos anos 70 e 80, pode ter influenciado no crescimento dos casos de obesidade infantil, não havendo filtros para sua interrupção. Dessa forma, as famílias optaram por consumir e oferecer aos seus filhos os Alimentos Ultraprocessados (AUP), no lugar dos *in natura*. Esse comportamento vem afetando não só a saúde dos adultos, mas, também, a das crianças (BRASIL, 2019; CARVALHO *et al.*, 2020).

A exposição precoce a esses tipos de alimentos, ricos em gorduras, açúcares e sal, vem possibilitando, cada vez mais, nas crianças, uma empatia por eles, chegando a dificultar a inserção dos alimentos *in natura* na sua rotina alimentar. Por consequência, essa exposição imatura deixa-as, cada vez mais, expostas ao sobrepeso e à obesidade infantil (RELVAS; BUCCINI; VENANCIO, 2019).

Há um consenso nacional e internacional de que a população infantil apresenta um consumo elevado de alimentos processados e ultraprocessados. Essa população inicia a ingestão de tais alimentos antes mesmo dos 6 meses de vida. (GIESTA *et al.*, 2019; WHO, 2020). Fato esse é comprovado com a prevalência de 43,1% do consumo desses AUP, na faixa etária de 6 a 12 meses de idade (RELVAS; BUCCINI; VENANCIO, 2019).

Somado a essa má alimentação, são observados, no mundo contemporâneo, as mudanças no estilo de vida, afetando substancialmente a saúde humana, tanto mental quanto física. As facilidades impostas pelo mundo moderno vêm mudando substancialmente os hábitos alimentares da população, diminuindo a mobilidade física, resultando, dessa forma, em uma vida sedentária.

A consequência da adoção desse estilo de vida inadequado e da alimentação inapropriada é o surgimento da obesidade. Ela possui gênese multifatorial, em que os fatores genéticos, os ambientais e os socioculturais estão envolvidos. Ela está associada a diversas patologias que podem acometer o ser humano, tais como:

doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, diabetes, inflamação crônica, apneia do sono e déficit nas epífises femorais (BRAGA *et al.*, 2020; DOMINGOS JÚNIOR *et al.*, 2020).

Em face de todas essas doenças, o que mais chama a atenção é o seu acometimento em crianças e jovens. Doenças que antes era concebível em pessoas idosas, hoje, devido ao consumo desenfreado de certos alimentos e de hábitos sedentários, vêm prejudicando a saúde e o desenvolvimento dos infantes, desestabilizando a estrutura familiar.

Com o propósito de informar a realidade do Brasil, os dados da última pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas, por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2018, do MS, mostram que a prevalência da obesidade voltou a crescer no Brasil. Assim como, a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, também trouxe estatísticas crescentes em relação a prevalência do excesso de peso, para a população maior de 20 anos, no Brasil, chegando a superar o dobro dos valores registrados nos anos de 2002-2003. A realidade é que 60,3% da população adulta apresenta excesso de peso, o que representa cerca de 96 milhões de pessoas, sendo 62,6% em mulheres, e 57,5% em homens (BRASIL, 2019; IBGE, 2020).

Sabe-se que a expressividade dos números anteriores é consequência do consumo desenfreado de uma alimentação com alta densidade energética. Quando os hábitos alimentares saudáveis não são ensinados ao indivíduo desde a infância, momento crucial para a formação dos gostos alimentares, consequências podem surgir na vida adulta, como o desenvolvimento de Doenças Crônicas (DC) associadas à alimentação, essas já citadas anteriormente. Assim, torna-se relevante o monitoramento e o acompanhamento adequado das crianças desde o seu nascimento, a fim de impedir o desenvolvimento dessas comorbidades (SOUSA *et al.*, 2019a; NILSON *et al.*, 2020;).

Esse monitoramento e acompanhamento podem ser estabelecidos por meio da equipe multiprofissional, contida na Atenção Primária à Saúde (APS), acrescido de uma positiva relação intersetorial no desenvolvimento dos programas interministeriais que envolvem a população infantil.

Nesse contexto, no Brasil, a APS iniciou seus passos após Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Foi por meio dela que os elementos essenciais da APS emergiram, como: a

educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, mostrou a saúde como expressão de direito humano (MENDES, 2015).

Foram muitos desafios enfrentados após essa Conferência Internacional, para que a APS se desenvolvesse e se estabelecesse, de fato, no Brasil. Contudo, sabe-se que ela é considerada como parte coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), promovendo a integralidade das ações em saúde (DAMASCENO *et al*, 2016).

Assim, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, define as Redes de Atenção à Saúde (RAS): elas são um conjunto de ações e serviços de saúde articulados, em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Para se considerar uma APS eficiente, efetiva, de qualidade e articulada numa RAS, ela deve cumprir seus 7(sete) atributos, são eles: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária e competência cultural. Como também, suas três funções, que são: resolubilidade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2015).

A portaria nº 397, de 16 de março de 2020, alterou as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; a nº 5, de 28 de setembro de 2017; e a nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da PNAB. Essa portaria trouxe algumas mudanças nos conceitos referentes aos estabelecimentos de saúde que ofertam ações e serviços de APS, considerando, atualmente, as UBS como estabelecimentos que não possuem Equipe Saúde da Família (ESF), possuindo, apenas, equipe de Atenção Primária (eAP). Já a Unidade de Saúde da Família (USF) é aquele estabelecimento que contém pelo menos 1 ESF, dispondo de carga horária mínima de 40h/semanais, no mínimo 5 dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população (BRASIL, 2020).

Nessa perspectiva, sabendo-se que a Atenção Básica (AB) deve considerar outros pontos da RAS para atingir a integralidade, no tocante à saúde da criança, é através da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) que ela se

constitui, oferecendo as respectivas ações: Aleitamento Materno (AM) e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (DAMASCENO *et al*, 2016).

Diante desse cenário, o MS sugere que as relações intersetoriais sejam mais valorizadas, citando o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa Crescer Saudável e o Programa Academia da Saúde para serem articulados entre os setores, da saúde e da educação. Esse trabalho intersetorial busca atingir as crianças, adolescentes e seus familiares, por meio de ações de saúde nas creches, escolas e comunidades, objetivando enfrentar esse problema com mais precisão (BRASIL, 2019).

Nesta mesma linha, o novo guia alimentar da população brasileira e o guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, ambos do ano de 2019, podem ser utilizados como instrumento norteador por esses profissionais, buscando, assim, informar à população assistida, por meio de atendimento individual ou ações educativas, as melhores opções alimentares. Assim, uma exitosa relação intersetorial implica em lutar pelos mesmos princípios: promover uma alimentação saudável e incentivar a prática de atividade física.

Dessa maneira, a demanda por profissionais na AB, que tenham um olhar biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade, é necessária para que a integralidade das ações seja alcançada com êxito. Além do mais, tendo em vista o perfil da morbimortalidade da criança no século XXI, a articulação intersetorial torna-se imprescindível e imperativo, sob pena de não impactarem na saúde infantil (BRASIL, 2018a).

Nessa conjuntura, buscando compreender o que a literatura exprime sobre os benefícios do Leite Materno (LM), espera-se que, após o nascimento de uma criança, este seja o primeiro alimento ofertado, exceto nos casos que contraindicam esta oferta, como sendo: mães infectadas pelo HIV, HTLV1, HTLV2, em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, criança portadora de galactosemia e mães usuárias regulares de álcool ou drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, anfetaminas, ecstasy e outras) (BRASIL, 2019a).

O oferecimento do LM exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais, conforme recomendação do MS e de outros órgãos competentes, permite que a criança não consuma, de forma precoce, alimentos que não ofereçam nenhum teor nutricional. Esses, por sua vez, afetariam o crescimento e o desenvolvimento dessa criança, e ainda contribuiriam para o surgimento do sobrepeso e da obesidade infantil (ALVES, OLIVEIRA, RITO, 2018).

No Brasil, em relação ao consumo alimentar das crianças, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2017 mostra que a prevalência de AME foi de 56%, em menores de seis meses, e de Aleitamento Materno Continuado (AMC) de 51%, para crianças entre 6 e 23 meses de idade. Foi possível observar também uma prevalência elevada do consumo de AUP 50%, na faixa etária de 6 a 23 meses (BRASIL, 2019b).

Esse mesmo documento ressalta ainda que, para as crianças de 2 a 9 anos de idade, é apontado que as frequências de consumo de feijão, frutas, verduras e legumes são superiores a 64%, mas registra-se um alto consumo de bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoitos e guloseimas. Percebe-se também uma frequência elevada de crianças que apresentam o hábito de realizar as refeições assistindo à televisão (BRASIL, 2019b).

Os dados acima revelam que a situação da alimentação das crianças brasileiras é preocupante, diante do cenário nutricional atual. Por esse motivo, torna-se necessário não apenas ampliar as políticas públicas e os programas de saúde voltados especificamente para a orientação nutricional do Aleitamento Materno (AM) e da Alimentação Complementar (AC), mas sim, lutar por uma concretização maior dessas políticas nos municípios brasileiros.

Nesse contexto, a fim de contribuir para a redução da obesidade infantil, a APS conta com a utilização de algumas Políticas e Programas de saúde. Dentre elas está a Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB). Esta estratégia tem papel fundamental no combate à obesidade infantil, tendo em vista que trabalha, com o AM, práticas complementares de alimentação e do aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde (BENVINDO *et al.*, 2019).

Entretanto, observa-se uma fragilidade na implantação dessa estratégia na cidade, corpus desta pesquisa, apresentando, apenas, os primeiros passos necessários para a sua implantação, faltando ainda conquistar as certificações das suas UBS.

Considerando a ausência de dados sobre a situação do Estado Nutricional (EN) das crianças no município de Campina Grande-PB, e a subnotificação dos dados do perfil alimentar infantil, no Sisvan web, das crianças assistidas pela APS, esse estudo apresenta, como questão de pesquisa, as seguintes indagações: qual o estado nutricional e o perfil de consumo alimentar de crianças de 0 a 5 anos atendidas pela APS? Quais as facilidades e dificuldades encontradas pelas mães na alimentação dessas crianças?

Além do mais, levando-se em conta a existência de crianças, na faixa etária de 0 a 5 anos, com um perfil alimentar errôneo, apresentando, dessa forma, tendência ao risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade infantil. E, partindo-se do pressuposto de que as mães encontram dificuldades para alimentar essas crianças, o objetivo geral dessa pesquisa consiste em investigar o estado nutricional, o perfil alimentar e as condições de alimentação das crianças de zero a cinco anos, assistidas na Atenção Primária à Saúde, no município de Campina Grande - PB. Em se tratando dos objetivos específicos, deve-se de identificar o estado nutricional das crianças de zero a cinco anos, conhecer o seu perfil alimentar, comparar o seu estado nutricional e o seu perfil alimentar e compreender os fatores que influenciam a oferta da alimentação às crianças de zero a cinco anos na perspectiva das mães.

Dessa forma, essa pesquisa se justifica, pois trará a realidade do perfil alimentar e do estado nutricional das crianças estudadas, da cidade de Campina Grande – PB, servindo de base na realização de intervenções, pelos profissionais de saúde, para a prevenção, redução e tratamento da obesidade infantil. Como também, ajudará na criação de novas políticas públicas, além de fiscalizar a implantação das políticas já existentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Alimentação Infantil

Diversos são os fatores que têm influenciado nos hábitos alimentares da população brasileira, dentre esses, se destaca: a sobrecarga de trabalho, associada ao estresse e aos inúmeros desafios atribuídos ao dia a dia. Todos esses fatores levam o indivíduo a optar por alimentos mais práticos de serem preparados e consumidos.

Conseqüentemente, a população infantil também é impactada por essa escolha, resultando no consumo precoce dos AUP. A maioria desses alimentos é rico em açúcar, sódio e excesso de gorduras. Quando consumidos com alta frequência, podem contribuir para o desenvolvimento de sérios problemas de saúde à população adulta e à infantil.

Em se tratando das crianças, elas precisam receber alimentos que atendam as suas necessidades nutricionais, para haver um melhoramento da sua sobrevivência, da sua saúde e do seu crescimento sem nenhuma interferência. Como exemplo desses alimentos, destacam-se: o LM e uma alimentação complementar saudável (BENVINDO *et al*, 2019).

Em relação à AC de uma criança, essa pode ser influenciada tanto pelos hábitos de vida familiares, como pela situação socioeconômica que, na maioria das vezes, a influência familiar se sobressai. Nesse sentido, Viunisk (2019) aponta que as crianças, as quais possuem pais obesos, têm um risco dobrado de desenvolver a obesidade, o que o leva a considerar: o ambiente familiar é o lugar ideal para se prevenir a obesidade.

Nesse contexto, a prática da amamentação e os benefícios que esta proporciona podem ser considerados e encorajados para alguns como um tema bem aludido. Todavia, o MS continua a enfatizar essa prática nas suas políticas públicas e programas, apresentada a necessidade de discussão permanente do tema, enquanto os problemas, advindos da alimentação, não forem sanados.

Discursos e debates sobre essa prática começaram a se difundir na população, no final da década de 70 e início da década de 80, e continuaram evoluindo até a atualidade. É por meio da amamentação que a criança estabelece o primeiro contato com a mãe e é, através dela, que o LM é oferecido. Dentre os tipos

de amamentação que o MS destaca, estão: o AME, que se caracteriza pela oferta do leite materno como único alimento ingerido pelo recém-nascido, em seus primeiros seis meses de vida; o Aleitamento Materno Predominante (AMP), caracterizado pelo recebimento do leite materno, associado com a água ou com outras bebidas à base de água, como chás, sucos de frutas e infusões; o Aleitamento Materno Complementado (AMC) que é definido pelo recebimento de alimentos sólidos ou semissólidos, juntamente com o LM, com o intuito de complementá-lo; e, por fim, o Aleitamento Materno Misto ou Parcial (AMMP), caracterizado pelo recebimento do leite materno e de outros tipos de leite, como: o leite de vaca e as fórmulas lácteas infantis (BRASIL, 2015a).

Entretanto, a literatura reconhece que o AME, até os 6 meses de idade, sofre na sua continuidade, fazendo com que as crianças deixem de usufruir dos benefícios que o LM carrega (ROCHA *et al*, 2018). Um dos motivos dessa interrupção é a presença mais marcante da mulher no mercado de trabalho. Sendo esse um dos motivos elencados por elas para não amamentar ou realizar o desmame precoce (GIESTA *et al.*, 2019). Estudos internacionais corroboram com a ideia anterior apresentada, apontando em seus trabalhos os efeitos negativos que a atividade laboral das mães desenvolve na prática da amamentação (DEARDEN *et al*, 2002; OGBUANU *et al*, 2011). Tudo isso impacta consideravelmente a saúde do binômio mãe e filho, uma vez que se torna necessário terceirizar os cuidados de saúde e de alimentação dos seus filhos a outrem (LOURENÇO *et al.*, 2018).

Essa descontinuidade apresentada não está acontecendo apenas no Brasil. Países de alta, média e baixa renda apresentam uma prevalência abaixo de 50% na oferta exclusiva do LM (ROCHA *et al*, 2018). Esse fato pode estar relacionado com o crescimento alarmante dos casos em que a obesidade vem se destacando em todo o mundo.

A realidade é que o ato de amamentar está relacionado com fatores socioeconômicos, culturais e individuais (ROLLINS *et al.*, 2016). Isto implica em não ser uma tarefa de fácil execução para a mulher, necessitando de uma base de conhecimentos bem estabelecida e também de um suporte emocional familiar, para não haver a interrupção valorosa dessa prática, ainda que a literatura evidencie seus inúmeros benefícios quando esta ação é realizada.

Por isso, é importante capacitar os profissionais que atuam na APS, qualificando-os para que a assistência à mulher e à criança aconteça de forma

integral, buscando, com isto, sensibilizar, principalmente, as mães e a rede social que a circunda, com o objetivo de esclarecer mitos e crenças que estão associados diretamente ao desmame e à introdução precoce de alimentos.

É durante a amamentação que mãe e filho se interagem e proporcionam um ao outro um momento ímpar a cada aleitação. Quando a mãe é uma pessoa sadia e tem um relacionamento familiar equilibrado, a sintonia entre essa dupla, mãe e filho, é bem fácil de permanecer.

Nesse sentido, a forma que a criança possui de interagir com o meio ambiente e também com a mãe proporciona a ela a capacidade positiva para lidar com a própria vida e enfrentar os desafios futuros que aparecerão. A saúde mental da criança vem sendo construída desde o início de sua vida. Por isso, qualquer problema, fixação ou dificuldades, nessa fase, pode se manifestar mais tardiamente como forma de transtorno alimentar (VIUNISKI, 2019).

Esse transtorno pode trazer consequências sérias para as crianças, a ponto de elas não conseguirem controlar a sua vontade em se alimentar e, assim, tendo que conviver com a obesidade durante toda uma vida. Essas pessoas possuem uma baixa autoestima, sofrem com o preconceito, desde a infância até a vida adulta, e tudo o que elas precisam é de ajuda e de tratamento, e não de julgamento.

Dessa forma, nenhum alimento é tão completo, de rápida assimilação, prático de usar, de temperatura correta e tão barato quanto o LM. Pode-se dizer que é a partir dele que os recém-nascidos adquirem a primeira vacina, por meio do colostro, fortalecendo seu sistema imunológico e diminuindo as chances de adoecer.

O MS apresenta alguns dos benefícios que o LM proporciona à saúde da criança, entre eles, pode-se citar: a prevenção de pneumonia, de diarreia e de otite. Isso se deve à presença de fatores protetores no leite humano, como a bactéria com efeito probiótico (*Bifidobacterium bifidum*), e da proteína IgA-secretória (BRASIL, 2019a).

É possível perceber também outros benefícios, como, a existência da redução de alguns parâmetros da síndrome metabólica, em especial, as dislipidemias, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica. Além disso, possui efeito protetor contra doenças cardiovasculares, que são as de maior prevalência nos dias atuais (RODRIGUES, 2019).

Outro fator importante, relacionado à amamentação, é que essa auxilia no desenvolvimento infantil, especialmente, no que diz respeito à movimentação da

musculatura facial. Esse movimento, feito pela criança para realizar a sucção do leite, ajuda-a a não ter problemas com a respiração, com a mastigação, com a fala, com o alinhamento dos dentes e também com a deglutição (BRASIL, 2019a).

Além disso, McFadden *et al.*, (2017) e Lamounier *et al* (2019) mostraram em seus estudos, que as mães, da mesma forma, são beneficiadas com essa prática, tendo em vista que essas mulheres possuem um menor risco de desenvolver câncer de ovário e de mama e a osteoporose. Há também a diminuição do risco de hemorragia pós-parto, por essa prática estimular a involução e contração uterina.

Dessa forma, a prática do AM, exclusivo até os 6 meses e complementado até os dois anos ou mais de vida da criança, é recomendação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da OMS e do MS. Esses órgãos relatam que a introdução precoce de alimentos antes dos 6 meses não traz benefício nenhum à vida das crianças, pelo contrário, pode acarretar prejuízo à saúde dos infantes (BRASIL, 2015a).

Na presença de todos esses benefícios e recomendações, torna-se primordial a presença de profissionais habilitados em alertar as gestantes e puérperas sobre os mitos existentes relacionados ao AM, como, por exemplo, a existência de LM fraco, e que, criança com sobrepeso e obesa são saudáveis (DAGHER *et al*, 2016). É preciso que esses profissionais sejam persuasivos frente à realidade apresentada e, através das ações educativas desenvolvidas por eles, na atenção básica, sensibilizem as mulheres sobre a importância que existe na continuidade da amamentação, evitando, assim, o desmame precoce por causas evitáveis.

Diante de todo discurso apresentado, é possível perceber que os dois primeiros anos de vida são decisivos para o crescimento e desenvolvimento da criança. Para isso acontecer sem prejuízos, um dos requisitos necessários é a oferta de uma AC adequada e equilibrada, impactando positivamente no crescimento e no desenvolvimento infantil (BRASIL, 2019a).

No mesmo documento referenciado acima, é possível constatar que o início da introdução de novos alimentos acontece a partir dos seis meses de idade da criança. Por isso, continuar com o AM, complementado até os dois anos ou mais, associando alimentos que complementem essa nutrição, é fundamental para prevenir anemia, deficiência de vitamina A e deficiências de micronutrientes. Algumas doenças também podem ser evitadas no futuro, como: asma, diabetes e

obesidade, além de favorecer o seu desenvolvimento físico e emocional, como também impulsionar o seu coeficiente de inteligência.

O MS lançou, em 2014, um Guia Alimentar da população brasileira, trazendo a classificação dos alimentos em quatro categorias. Como exemplo desses alimentos tem-se: os *in natura*, em que é possível citar as folhas e frutos ou os ovos e leite, pois esses são adquiridos sem terem sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza. Também são citados os alimentos minimamente processados, que se dividem em grãos secos, polidos e empacotados, ou moídos na forma de farinhas. Além desses, citam-se também as raízes e tubérculos lavados, e os cortes de carne resfriados ou congelados (BRASIL, 2014b).

Somando aos tipos de alimentos supracitados, o guia também descreve os alimentos processados, que são caracterizados pela adição de sal ou de açúcar a um alimento *in natura*; ou os minimamente processados, como: legumes em conserva, frutas em calda, queijos e pães. Por fim, os AUP são descritos como produtos que envolvem diversas etapas, como também técnicas de processamento e a inclusão de vários ingredientes, muitos deles de uso exclusivamente industrial, como: refrigerantes, biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote” e “macarrão instantâneo”.

Portanto, diante do exposto, as melhores práticas para a alimentação adequada e saudável da criança, a partir dos 6 meses de idade, incluem a prática do AM e a oferta de água. Por outro lado, a oferta de alimentos sólidos precisa ser introduzida com a consistência adequada, e a quantidade desses alimentos oferecidos deve ser quantificado de acordo com o avanço da idade da criança. Novas experiências alimentares, como, novos sabores, cheiros e texturas diferentes necessitam ser oferecido à criança. Contudo a adição dos temperos deve ser conforme a alimentação da família, seguindo a adição de óleo vegetal (milho, girassol, soja e azeite de oliva), temperos naturais e o mínimo de sal (BRASIL, 2019a).

É válido lembrar que não se deve introduzir açúcar na alimentação da criança menor de dois anos, pois esse danifica a mucosa gástrica e os seus enterócitos, dificultando a digestão e a absorção de nutrientes. Uma das fontes principais de alimentos que possuem açúcar camuflado são os AUP, a exemplos de: refrigerantes, sucos de caixinha, farinhas instantâneas, achocolatados, biscoitos, bolos, iogurtes, entre outros (GENIO; MARQUES; MACHADO, 2020).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013, relata que o consumo de alimentos considerados não saudáveis é alto. A exemplo disto, 60,8% das crianças menores de 2 anos de idade consomem, regularmente, biscoito, bolacha ou bolo; e 32,3% ingerem refrigerante ou suco artificial. O consumo exagerado dos produtos citados acima proporciona, às crianças, o excesso de peso e, conseqüentemente, comorbidades associadas. Crianças com sobrepeso têm 55% de chance de se tornarem adolescentes obesos e 80% de chance de, também, serem adultos obesos (IBGE, 2015).

Consciente de que o AM é o alimento ideal a ser oferecido, de forma exclusiva, às crianças menores de 6 meses, e, de forma continuada, até os dois anos de idade ou mais, os dados do último Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019, identificou estatísticas crescentes do AM. Isso feito através de uma série histórica, em que foi possível comparar os resultados da PNDS, de 1986 até o último estudo avaliativo do MS, do ano de 2019, quando foram avaliados os índices de AM, desde a faixa etária menor de 4 meses até os dois anos de idade ou mais.

Percebeu-se que a prevalência do AME, nos menores de 4 meses, cresceu de 4,7% para 60%. Para os menores de 6 meses, esses números passaram de 2,9% para 45,7%. Em se tratando da prevalência do AM continuado, aos 12 meses, os números moveram-se de 30% para 53,1%. Quanto à prevalência de AM total, entre crianças menores de 24 meses, essa foi de 37,4% para 60,9%.

Em vista disso, mesmo diante de estatísticas crescentes em relação ao AM, é fundamental que o trabalho de educação em saúde continue a ser realizado pelos profissionais da APS às gestantes e puérperas, buscando elevar esses índices ou mantê-los. Essa atividade contribui para esclarecer a ideia da inexistência de certos mitos, dúvidas e questionamentos que ainda perduram no inconsciente popular feminino, tudo isso em relação ao AM. Assim, todos esses fatores supracitados são capazes de impactar, de forma decisiva, no estado de saúde do binômio mãe e filho.

Logo, caso não haja nenhuma mudança na fiscalização das ações que continuam a contribuir para um aumento da prevalência significativa da amamentação e que combatam o consumo precoce dos AUP pelas crianças menores de dois anos, os números citados acima só crescerão, supondo-se que o SUS não suporte o bombardeio que o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) causará na população infanto-juvenil, na adulta e na idosa.

2.2 A Obesidade Infantil

Atualmente a obesidade e o sobrepeso de parte da população brasileira vêm sendo responsável por 2,8 milhões de mortes, por ano, no país. Esses estados são caracterizados pelo aumento de gordura corporal no organismo, intitulado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma condição complexa, epidêmica e, simultaneamente, considerada como uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de DCNT (WHO, 2020b).

As doenças mais prevalentes desenvolvidas no organismo humano são: a hipertensão arterial sistêmica, o infarto, o acidente vascular; a diabetes melitus tipo 2, as dislipidemias, a esteatose hepática, os problemas respiratórios, os ortopédicos e alguns tipos de câncer. Todas essas doenças predisõem o desenvolvimento de síndrome metabólica no adulto, aumentando os índices de morbimortalidade por doenças cardiovasculares (ALBUQUERQUE *et al*, 2019).

A obesidade é considerada uma doença de etiologia multifatorial, em que fatores genéticos, socioeconômicos, ambientais e psicológicos estão envolvidos em sua gênese (BRAGA, 2020). Por isso, é que há relevância na oferta de ações que previnam esse estado. Essas englobam a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A fim de encontrar melhores resultados, essas mesmas ações podem e devem ser iniciadas desde a infância, seguindo por todas as fases da vida, até a senilidade.

Dentre as ações citadas, faz parte a verificação do Índice de Massa Corporal (IMC), ele é o resultado do peso (em kg) dividido pela altura² (em metros). Levando em consideração a idade do indivíduo, é possível plotar o resultado nas respectivas cadernetas: da criança, do adolescente, da gestante e do idoso. Em posse destes dados, é possível classificar o indivíduo em: magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2014a).

Dessa forma, considera-se com sobrepeso um adulto com o IMC maior ou igual a 25, e obesidade com IMC maior ou igual a 30. Sabe-se que a falta de exercício físico, o sedentarismo e a má alimentação, os quais comprometem uma boa qualidade de vida, são considerados as principais causas do sobrepeso e da obesidade (WHO, 2020a).

Diante desse contexto, é percebido que a obesidade nos Estados Unidos duplicou nos últimos 30 anos. Contudo, no Brasil, nesse mesmo período, ela

triplicou. Infelizmente, outro fato percebido é a inércia dos governos frente à implementação das políticas que ajudam no combate à obesidade, apresentando-se, atualmente, de forma lenta e inconsistente. É por essa razão que se supõe que todos esses fatos podem estar contribuindo para a manutenção da obesidade em todo o mundo, pois, na última década, os casos de obesidade aumentaram sua prevalência consideravelmente, e nenhum país conseguiu reverter sua epidemia (FREITAS; VIUNISKI, 2019).

Dessa forma, a saúde mundial vem sofrendo consequências desastrosas. Esse fato é passível de comprovação por meio dos estudos de Alveno *et al.*, (2018), que enaltecem o aumento significativo das doenças crônicas em crianças, adolescentes e adultos, impactando economicamente o sistema de saúde, pois esses necessitam de muitas consultas com diversas especialidades e internações hospitalares.

Em se tratando da obesidade infantil, para as crianças menores de 5 anos, considera-se excesso de peso quando a altura é superior a 2 desvios-padrão acima da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS. A obesidade é considerada quando a altura é maior que 3 desvios-padrão acima da mediana dos padrões de crescimento infantil da OMS (WHO, 2020).

Os dados do Sisvan, de 2017, mostraram que, no Brasil, cerca de 2 em cada 10 crianças, menores de 5 anos, e cerca de 3 em cada 10 crianças, com idade entre 5 e 9 anos, apresentavam excesso de peso (BRASIL, 2019b).

Nesse sentido, problemas respiratórios, cardiovasculares, endócrinos, ortopédicos e psicossociais podem se desenvolver, levando essas crianças a terem grandes problemas de saúde na vida adulta (BRASIL, 2011). Assim, é durante o período da gestação, o momento considerado ideal para se intervir e evitar complicações futuras, tanto para a mãe como para o feto.

Corroborando com essa ideia, Bouret (2013) relata, em seus estudos, que realmente existe alguma base genética para a obesidade, mas o recente aumento dramático na prevalência de obesidade e doenças metabólicas relacionadas sugere que há muito mais do que genética. Atualmente, é reconhecido que o ambiente no período perinatal pode alterar o desenvolvimento da criança, e, com isso, proporcionar resultados adversos em toda prole.

Bouret (2013) ainda relata que estudos experimentais e epidemiológicos demonstraram uma nutrição e um crescimento alterados durante este início de vida,

podendo resultar no aparecimento de obesidade e outras doenças metabólicas. As causas ainda não são conhecidas, mas estudos sugerem que isso pode ser devido ao desenvolvimento alterado dos neurônios no hipotálamo, uma região do cérebro conhecida por controlar a alimentação e o balanço energético. O hipotálamo passa por um tremendo crescimento, começando na vida fetal e continuando na adolescência.

Por isso, preferir frutas, verduras, gorduras saudáveis, grãos, carne branca (frango, peixe), no lugar da vermelha, e também uma ingestão equilibrada de carboidratos e massas proporcionará à saúde do binômio, mãe e filho, resultados positivos, tendo em vista que, seguindo essa recomendação, o risco de desenvolver uma diabetes e uma hipertensão gestacional está bem aquém do desejável (MARIEL *et al*, 2020).

Quando esse padrão alimentar não é seguido, diversas morbidades perinatais podem surgir. Gonçalves *et al.*, (2018) afirmam, em seus estudos, que o excesso de peso materno é fator de risco para o diabetes gestacional, o aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Tudo isso é capaz de influenciar negativamente na saúde do referido binômio.

Corroborando com o autor acima, Viuniski (2019) relata que existem pesquisas em andamento, buscando meios eficazes de combater o colesterol e a obesidade, pois os autores acreditam que, evitando a ingestão de algumas gorduras durante a vida intrauterina, diminuiriam as chances de essa criança vir a desenvolver aterosclerose e obesidade. Por isso, a importância da prevenção começar na vida intrauterina, buscando orientar as gestantes sobre uma boa alimentação e sobre os riscos que a má alimentação pode desencadear em suas vidas.

Diante desse contexto, é através da realização de ações educativas executadas pelos profissionais que trabalham nas UBS com as gestantes, que as boas práticas alimentares, durante a gestação, podem ser ensinadas, abordando diversos temas relacionados à saúde da mulher e à da criança, sendo esse o momento ideal para a troca de experiências entre mãe e filho.

Entretanto, estudos apontam que a promoção da saúde, em especial o incentivo à prática do AM, tem muito a ser desenvolvido no país, tornando-se necessário o envolvimento das esferas do governo, dos profissionais de saúde, das comunidades e das organizações não governamentais. Pois, apesar de aparentemente difundido, o nosso país ainda está aquém das metas priorizadas

pelos organismos internacionais, remetendo à situação crescente do desmame precoce (LEAL *et al*, 2016).

Assim, é importante analisar o perfil alimentar das gestantes, tendo em vista que a maior parte dessas mulheres apresenta sobrepeso diante do consumo de alimentos industrializados. Esse é um fator preocupante e que chama a atenção dos profissionais da saúde que trabalham com essas mulheres, na tentativa de uma mudança de seus hábitos, pois suas crianças poderão nascer com predisposição para doenças, como a diabetes e as dislipidemias (GONÇALVES *et al*, 2018).

De modo complementar, a mulher vem sofrendo as consequências por sua inserção mais intensa no mercado de trabalho. Como resultado disto, vem diminuindo o tempo da amamentação exclusiva, gerando consequências indesejáveis à saúde da criança. Fernandes e Höfelmann (2020) relatam que a decisão de amamentar ou não o filho ocorre antes da gestação, no pré-natal, e essa vontade e desejo é um importante preditor da duração do AM.

Ainda é possível constatar, segundo estudo supracitado, que a primiparidade, a maior idade, a escolaridade materna, como também a experiência prévia com amamentação, a ausência do uso do cigarro e o fato de residir com o companheiro, tudo isso colaboraram positivamente para a intenção de amamentar. Dessa forma, contribuindo para o aumento na prevalência do AME e implicando, consequentemente, na diminuição do risco das crianças desenvolverem obesidade.

Por fim, toda essa situação complexa vem chamando a atenção das autoridades em saúde do mundo todo e, no Brasil, em especial, busca-se tentar intervir na crescente estatística referenciada anteriormente. Por isso, o M.S lançou algumas políticas intersetoriais que podem auxiliar nesse combate, dentre elas: o PSE e o Crescer Saudável. Todos com ações que combatem os ambientes obesogênicos na escola, lutam por práticas alimentares mais saudáveis, implementam atividades relacionadas às práticas corporais e atingem, também, o diagnóstico e tratamento dessa condição clínica (Brasil, 2011, 2019b).

Entretanto, atualmente essas políticas e outras situações referentes ao atendimento integral da criança, nas UBS, ainda apresentam algumas falhas de implantação e seguimento, deixando lacunas na assistência da saúde dessas crianças.

2.3 Políticas Públicas de Saúde da Criança no Brasil

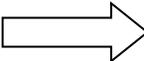
As políticas públicas de saúde são instrumentos legais que regulamentam os serviços de saúde. Esses disponibilizam o acesso à saúde de forma gratuita a toda população. Mesmo estando regulamentado, esse acesso deixa muito a desejar, desafiando, todos os dias o SUS e em especial, o MS, na concretização dos seus princípios e diretrizes contidos na Constituição Federal (CF) de 1988, como também na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990.

O Brasil enfrentou e enfrenta tempos difíceis. A década de 70 foi marcada pela ênfase da mulher no mercado de trabalho. A baixa prevalência do AM, a desnutrição, a alta morbidade infantil e o crescimento dos produtos comercializados que substituíram ou interferiram na amamentação se destacaram, sendo preciso a implantação de políticas de saúde que orientassem melhor as gestantes e puérperas sobre a importância do AME, nos primeiros meses de vida do recém-nascido, a fim de preveni-los de maiores complicações em sua saúde (REA, 2003).

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) lançou políticas de saúde com o objetivo de intervir na realidade apresentada, pois já era conhecedor, naquela época, dos malefícios que uma alimentação artificial ocasionaria na vida de uma criança.

A seguir, Araújo (2014) e Brasil (2018a) descrevem, no quadro abaixo, toda a evolução das principais políticas, dos programas e das estratégias que subsidiaram a saúde da criança até os dias atuais.

QUADRO I - Evolução das políticas que nortearam a saúde da criança no Brasil/ Fonte: ARAÚJO (2014); BRASIL (2018a)

<p>Década de 70 M.I (120/1000)</p>	<p>Implantação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil. Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança.</p>	<p>Com objetivo de reduzir a mortalidade entre crianças e mães. Tinha como desvantagem os métodos centralizadores.</p>
<p>Década de 80</p>	<p>1984:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desmembramento da saúde da criança e da mulher. • Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). 	
<p>Década de 90</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O Programa Agente Comunitário (PAC) potencializou a saúde da criança com o PSF, trazendo a comunidade para mais perto do setor saúde. • Criação do ECA, pela Lei nº8069/90. 	
<p>Anos 2000</p>	<p>Criação dos Programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência à Saúde Perinatal. • Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). • Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). • Método Canguru. • Humanização do pré-natal e nascimento (Portaria 569/2000). <p>2008:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação da Rede Amamenta Brasil. <p>2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação da Rede Cegonha. <p>2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB). <p>2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em que é regida pelos princípios, diretrizes e eixos estratégicos. 	
<p>Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)</p>		<p>Norteiam as ações de saúde.</p>

Diante dessa evolução, e conhecendo os objetivos da PNAISC que consiste em promover e proteger a saúde da criança e o AM, espera-se que os profissionais de saúde tenham destreza suficiente na compreensão desta política, buscando

concretizá-la em seu dia a dia, na orientação e ensino aos responsáveis das crianças, para que os índices de saúde e nutrição delas apresentem resultados satisfatórios.

Por fim, esta PNAISC veio reforçar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) lançado em 1984, integrando outras áreas não abrangidas anteriormente e trazendo uma forma mais organizada de trabalhar. Buscando também praticar a legislação vigente, pois, uma vez cumprida tal determinação, acredita-se que se alcance uma redução na morbimortalidade infantil e ocorra a promoção de ambientes mais adequados para a socialização destas crianças.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para prevenção, diagnóstico e Tratamento da obesidade na Paraíba”, que tem por objetivo fortalecer o enfrentamento e controle da obesidade, no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (AB-SUS), por meio do desenvolvimento de um conjunto de ações de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do SUS no estado da Paraíba. O recorte dessa pesquisa, nesse projeto, delimitou-se à situação nutricional e ao perfil alimentar das crianças, de zero a cinco anos, e ao entendimento da concepção materna sobre a alimentação infantil.

A metodologia da pesquisa, em função dos objetivos trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Os estudos exploratórios permitem conhecer os fenômenos relacionados ao tema em estudo e, de acordo com Gil (2017), tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema ou com o fato inicial que despertou o estudo, com vista a torná-lo mais explícito, chegando a construir hipóteses ou pressupostos.

Em se tratando do processo descritivo, optou-se por ele, visando a análise, a interpretação e o registro dos fatos que se relacionam com fenômeno ou processo, expondo características de determinada população ou determinado fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Bardin (2011) relata que a pesquisa quantitativa tem o objetivo passível de ser mensurável, recorrendo a ferramentas estatísticas para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis, proporcionando, assim, uma análise mais objetiva, fiel e exata de toda a população alvo da pesquisa, centrando-se na objetividade, que é fundamentada no positivismo.

Considerando que uma etapa da pesquisa destina-se a abordar questões do universo de descoberta de percepções e atitudes das mães ou cuidadoras a respeito da oferta de alimentos às suas crianças, recorreu-se à abordagem qualitativa, por ser o método centrado nas ciências sociais, aplicando-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, das atitudes e dos valores (MINAYO, 2011). Nesse sentido, ao buscar a compreensão das facilidades e

dificuldades enfrentadas pelas mães na oferta da alimentação às crianças, espera-se obter a perspectiva e pontos de vistas das participantes, reconstruindo a forma como se dá a realidade, avaliando o desenvolvimento natural do acontecimento (SAMPIERE; COLLADO: LÚCIO, 2013).

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Campina Grande, interior da Paraíba, pertencente ao Bioma da Caatinga e está localizado na Região Nordeste do Brasil, durante os meses de outubro e novembro, do ano de 2020. Conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para o ano de 2020 foi de 411.807 habitantes, com área territorial de 591, 658 km². A sua taxa de mortalidade infantil média, no ano de 2017, foi de 13,55 para 1.000 nascidos vivos, assumindo a posição 99^o no Estado da Paraíba, quando comparado ao Brasil, apresentou-se na posição 2236^o (IBGE, 2021).

A cidade de Campina Grande está inserida na segunda macrorregião de saúde e foi uma das pioneiras na implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994. Esta é município de referência para serviços de vários estados da região Nordeste e macrorregional de saúde, congregando vários municípios da Paraíba.

Dessa forma, a fim de esclarecer a disposição dos serviços de saúde do município em estudo, é do conhecimento dos profissionais de saúde que o MS revogou alguns tópicos da Política Nacional de Atenção Básica, em 2019. Esses dados são encontrados na Portaria de Consolidação nº 2 (anexo XXII). Logo, ele se encontra em fase de adaptação a esses novos conceitos dos estabelecimentos de saúde. Em se tratando dos serviços assistenciais, Campina Grande conta com 109 estabelecimentos de Saúde, distribuídos em VII distritos sanitários, funcionando Equipes de Saúde da Família (ESF), Unidades Básica de Saúde (UBS), Centros de saúde, policlínicas e UBS, que fazem parte do, Saúde na Hora. (CAMPINA GRANDE, 2021).

3.3 População e Amostra

A etapa quantitativa teve como sujeitos de pesquisa, crianças de zero a cinco, compreendendo a faixa etária de zero até 4 anos, 11 meses e 29 dias. Devido a

situação pandêmica vivida durante o ano de 2020, causada pelo SARS-CoV-2, causador da COVID-19, o acesso de profissionais pesquisadores às UBS do município investigado foi suspenso. Desse modo, para a coleta de dados, foi necessário pedir auxílio aos enfermeiros e agentes comunitários de saúde de cada distrito sanitário, explicando a pesquisa e solicitando o respectivo apoio para a concretização desse estudo. Após explicação da pesquisa aos profissionais de saúde, solicitava-se que eles repassassem os contatos telefônicos das mães/responsáveis das crianças com idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias, que faziam parte da área adscrita do estabelecimento de saúde, a fim de que a pesquisadora entrasse em contato, individualmente, com a mãe/responsável da criança, por meio de ligação telefônica, e explicasse a pesquisa, objetivando receber o consentimento positivo, de forma espontânea, do TCLE para dar seguimento à pesquisa.

Diante dessa situação, a técnica da amostra utilizada foi por conveniência. Levando em consideração que a cidade corpus possui 8,8% de crianças na faixa etária relatada acima, segundo IBGE (IBGE, 2010). O que corresponde a 36.056,328 crianças. E, caso essa pesquisa tivesse utilizado a técnica de amostra probabilística por estrato, considerando um erro amostral de 5%, a amostra correspondente seria de aproximadamente 379 crianças.

Nesse sentido, preocupada com a representatividade do estudo, e ciente de que, em um estudo não probabilístico, não se tem um número exato de participantes, mas recomenda-se o máximo possível deles. Durante a coleta de dados, tentou-se atingir o número correspondente da amostra referida a um estudo probabilístico, 379 crianças. Logo após 2 meses e 10 dias de coleta de dados, conseguiu-se um quantitativo de 249 crianças. Contudo, após revisão e tabulação dos dados, o quantitativo da amostra resultou em 192 crianças. Supondo-se que esse estudo tivesse seguido a técnica da amostra probabilística, o quantitativo amostral encontrado, as 192 crianças, mostram-se superior a 77% da amostra do estudo probabilístico, inferindo-se a representatividade do estudo.

Sabendo que a quantidade de UBS é diferente para cada distrito sanitário, mesmo seguindo-se uma amostra não probabilística, tentou-se escolher, de forma aleatória, os enfermeiros e os ACS das respectivas unidades de saúde, a fim de deixar o estudo o mais homogêneo possível. Entretanto, mesmo essa pesquisa contemplando todos os distritos sanitários, o número de unidades por distrito ainda

foi reduzido, pois, infelizmente, nem todos os profissionais contactados aceitaram contribuir com a pesquisa, justificando o quantitativo amostral atingido.

Mesmo buscando organizar os dados coletados da amostra, conforme divisão do formulário do SISVAN, menor de 6 meses, de 6 a 23 meses e de 24 a 60 meses, não foi possível atingir um número igual de crianças para cada faixa etária indicada, devido a diversas situações, como, por exemplo, o fato de as mães/responsáveis das crianças não confiarem na entrevistadora, o fato de não confiar em link enviado para responder a pesquisa; a ausência de dispositivos eletrônicos e o acesso à internet de moradores das comunidades carentes. Assim, os dados coletados das crianças de 24 a 60 meses mostraram-se superiores.

Para a abordagem qualitativa, o tamanho real da amostra, relacionada às mães, obedeceu a critérios *ex-post*, sendo utilizado o critério de saturação teórica, compreendido quando não mais se encontra dados que possam ser acrescentados às categorias em análise (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Ao analisar uma possível quantidade de entrevistas necessárias a um estudo qualitativo, Bauer e Gaskell (2015) informam que há um limite máximo de entrevistas que seja possível a um pesquisador fazer e analisar, o que fica entre 15 e 25 entrevistas individuais. Nesse estudo, tomou-se uma amostra estratificada por distrito sanitário, sendo 2 por distrito. Contudo, devido ao critério de saturação teórica, obteve-se o total de 16 entrevistas realizadas.

Nesse sentido, em cada distrito, a amostra foi sorteada, aleatoriamente, dentre as 192 mães de criança que participaram do estudo. Quando a mãe, por algum motivo, não aceitava participar da pesquisa, outro sorteio era realizado. Esse processo foi realizado até alcançar a amostra necessária para concretização desse estudo.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para a etapa quantitativa, foi utilizado como critério de inclusão as mães ou responsáveis pelas crianças de zero a 4 anos, 11 meses e 29 dias, que eram assistidas pelas UBS e Centros de Saúde, vinculados aos Distritos Sanitários do referido município. Em se tratando dos critérios de exclusão, não houve.

Na etapa qualitativa, foram incluídas todas as mães que amamentaram ou não seus filhos. Não houve critérios de exclusão.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

A descrição do perfil alimentar das crianças foi obtida por meio da aplicação de um formulário, encontrado no website do SISVAN, intitulado como: Marcadores do consumo Alimentar (Anexo A). Esse foi transcrito para a plataforma google forms e enviado o link aos pais/responsáveis, que aceitaram participar da pesquisa, mediante ligação telefônica, por meio do aplicativo de mensagem WhatsApp. Esse formulário foi organizado em questões específicas para crianças menores de seis meses, entre seis meses e menores de dois anos e, entre dois anos a 60 meses, sendo enviado ao pai/responsáveis apenas o formulário que correspondesse à idade da criança pesquisada.

No formulário aplicado aos responsáveis por crianças menores de seis meses, foram obtidas informações referentes à amamentação, ao período de amamentação exclusiva e à inserção da alimentação complementar.

Para as mães ou responsáveis por crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos, foram realizadas perguntas referentes à amamentação, à amamentação exclusiva e à alimentação, como: consumo de carnes, feijão, frutas, verduras, dentre outros.

Por fim, os responsáveis pelas crianças, com idade de dois anos até 60 meses, foram questionados sobre a frequência no consumo de leite e sobre a descrição do tipo desse leite. Questionou-se também a respeito do consumo de frutas, de verduras e de feijão, assim como, sobre o consumo de salgadinhos, de refrigerantes, de biscoitos ou de bolachas recheadas. Da mesma forma, questionou-se sobre a frequência com que as crianças tomavam sucos, refrescos ou bebidas adoçadas com açúcar.

Para classificar o EN de crianças de zero a cinco anos, o referencial utilizado foram as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 (WHO, 2006). Entretanto, diante da situação pandêmica vivenciada, não foi possível a pesquisadora acompanhar a consulta de puericultura, para, assim, conhecer os dados antropométricos referentes às crianças. Esse fato aconteceu devido a proibição da permanência de pesquisadores, por parte da Secretaria Municipal de saúde, objetivando reduzir a propagação da pandemia.

Dessa forma, antes das mães/responsáveis responderem as indagações do formulário do Sisvan, elas responderam questões sobre o seu perfil sócio-

demográfico familiar, e ainda o peso e a altura da criança. Para este último, foi solicitado à mãe/ responsável da criança que olhasse, na caderneta, o último peso e a altura dessa criança, para que esses dados fossem informados no formulário enviado pelo google forms. Eles foram classificados desta forma: Peso por Idade (P/I); Estatura por Idade (E/I); Peso por Estatura (P/E) e Índice de Massa Corporal por Idade (IMC/I). Para a classificação dos índices antropométricos, foi utilizada a escala escore Z, segundo as recomendações da OMS e adotadas pelo MS, para serem aplicadas em crianças menores de cinco anos.

Os dados foram transferidos para o programa ANTHRO, padrão de referência utilizado para comparação das medidas de peso e de altura estabelecidas pela OMS. Esse programa calculou o escore Z das crianças avaliadas, considerando-se, como situações de déficit, valores de escore Z abaixo de -2. O dado, classificado como excesso de peso, compreendeu: risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade para os índices de IMC.

Após a informação do peso e do comprimento/estatura das crianças, analisou-se o IMC para a idade, considerando-se obesidade como sendo o valor obtido acima do escore Z $> +3$; sobrepeso $> +2$ a $<$ ou igual $+3$; risco de sobrepeso $> +1$ a $<$ ou igual a $+2$; eutrofia $>$ ou igual -2 a $<$ ou igual a $+1$; magreza acentuada < -3 a $< +2$ (Anexo B) (BRASIL, 2014a).

No que compete a parte qualitativa, foi elaborado um instrumento de coleta de dados que consta de um roteiro de entrevista do tipo semiestruturada. Esse tipo de entrevista possui questionamentos básicos, norteados por teorias e hipóteses relacionadas à pesquisa. Nesse sentido, as respostas das entrevistadas podem gerar novas hipóteses, e a entrevistadora tem a liberdade de explorá-las no decorrer da entrevista, uma vez que esteja de acordo com Triviños (1987, p. 152) “quem controla o foco principal é o investigador”, essa técnica favorece a descrição, explicação e compreensão de forma completa dos fenômenos sociais.

A fim de evitar possíveis erros de interpretação das questões formuladas, foi realizado um estudo piloto com o roteiro de entrevista com uma mãe sorteada para esse fim. Após a aplicação, não foi verificada a necessidade de correção do roteiro. A entrevista aplicada foi descartada.

As entrevistas foram realizadas pela plataforma google meet, sendo gravadas duplamente por meio da plataforma e do gravador digital. Essas foram realizadas em ambiente livre de ruído e com a garantia de privacidade das informações coletadas.

As entrevistas foram transcritas, na íntegra, e constituíram o corpus que foi submetido à análise.

3.6 Sistematização e Análise dos Dados

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados, foi possível classificar as crianças investigadas em dois grupos, são eles: o perfil alimentar e o estado nutricional. Este último classificou as crianças em desnutrido, eutrófico, sobrepeso e obesidade. Entretanto, optou-se em classificá-las em 2 níveis, eutrofia e risco de sobrepeso, a fim de encontrar resultados mais fidedignos nas análises realizadas.

Após essa classificação para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, utilizando-se frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e a organização dos resultados foi realizada através de tabelas.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, foram utilizados o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher, nos casos onde as frequências esperadas foram menores que 5 (SIEGEL, 2006), considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico R (R CORE TEAM, 2020).

No que diz respeito à sistematização dos dados qualitativos, as entrevistas foram transcritas na íntegra, para compreensão das facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mães na oferta da alimentação às crianças, os discursos das mães foram organizados, por meio do software Atlas ti, na versão 8.4, ano 2018, licença nº 84DD4-8476C-B639V-X09G1-00AQR. Esse *software* é considerado um instrumento relevante para a análise dos dados em pesquisas com abordagens qualitativas, sendo um facilitador do processo de análise das etapas da Análise de Conteúdo. Uma das vantagens do software é permitir ao pesquisador a revisita ao banco quantas vezes forem necessárias, além do fácil compartilhamento dos dados com outros pesquisadores, quando pesquisas multicêntricas (SILVA JUNIOR; LEÃO, 2018; FORTE *et al.*, 2017).

Em seguida, os dados foram analisados, através da Análise de Conteúdo, na modalidade categoria temática, que ocorreu durante o desenvolvimento das etapas, a saber: (a) pré-análise, que se inicia com a leitura flutuante do material, seguindo-se com a escolha dos documentos para constituir o corpus, a partir das regras da

exaustividade, representatividade e pertinência; (b) exploração do material, que consiste na codificação e decomposição, em função das categorias previamente elencadas; (c) tratamento dos resultados, tomando-se como unidade de análise os fragmentos das falas dos sujeitos entrevistados, relatos de observação, a partir de inferências e interpretações, com base no referencial teórico (BARDIN, 2011).

3.7 Considerações Éticas

Diante da situação pandêmica vivida, causada pelo SARS COV-2, causador da Covid-19 e que vem assolando o mundo inteiro, desde o ano de 2019, seguiu-se as recomendações propostas pelo Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS para a concretização deste estudo, tendo em vista a sua importância, diante do cenário atual da obesidade infantil. Dessa maneira, as mães/ responsáveis das crianças foram convidadas a participar deste estudo por meio de contato telefônico. Após o aceite, as participantes realizaram a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), transcrito para a plataforma google forms e enviado pelo aplicativo de mensagens WhatsApp. Este apresentou algumas características da pesquisa, como também, seus objetivos e aspectos éticos. Foi esclarecido, concomitantemente, que sua participação seria voluntária, ou seja, as participantes têm o direito de se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB- CAAE: 33440320.6.0000.5187). A participação desse participante se deu após clicar no botão: “concordo em participar da pesquisa” (TCLE) (ANEXO IV), e da autorização do Termo de Gravação de Voz e Imagem (ANEXO V), para as entrevistas realizadas, conforme recomendações do Conselho Nacional de Saúde, posto na Resolução 466/2012/MS, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Assim como, uma cópia desse termo foi enviada ao WhatsApp do número telefônico contactado.

De acordo com a Resolução 466/12, a seguinte pesquisa apresenta riscos mínimos, sem o emprego de intervenções e medicações de qualquer tipo, utilizando, apenas, técnicas e métodos retrospectivos. Visto que toda pesquisa, envolvendo seres humanos, apresenta riscos de algum tipo, os riscos desse estudo são referentes ao processo de entrevista e a exposição do tema.

Há os riscos de constrangimento dos participantes da pesquisa, diante da exposição do tema, no momento da entrevista, e de incômodo relacionado ao processo de entrevista, como cansaço, desconforto, inquietação, tensão ao responder perguntas durante as gravações de áudio, estresse e apreensão social no relacionamento com o pesquisador.

A fim de minimizar os riscos, foram adotadas medidas, como: garantir a confidencialidade dos dados, esclarecendo os objetivos da pesquisa e seus principais pontos expostos no TCLE (ANEXO IV); iniciar a entrevista, apenas após o consentimento dos participantes, assim como a gravação da imagem e do áudio; analisar e revisar, criteriosamente, todas as perguntas e pontos do instrumento de coleta de dados, antes de sua aplicação; optar por perguntas claras e objetivas, evitando que a entrevista se torne longa e cansativa, podendo-se desenvolver o risco de tensão na relação pesquisador-pesquisado; proporcionar um ambiente agradável e reservado para o processo de entrevista, evitando, dessa forma, constrangimento social; e explicar, finalmente, para o participante, que o seu direito de desistência da participação na pesquisa é possível, em qualquer momento desta, sem que haja danos para si mesmo. Seguindo a ordem das entrevistas, cada uma foi identificada com um P (participante), seguida de um número arábico, a fim de não expor a identidade da entrevistada, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Perfil alimentar e estado nutricional das crianças de 0-5 anos

Foram avaliadas 249 crianças, 57 (22,89 %) dessas foram descartadas, devido à ausência de dados antropométricos, como peso ou altura, impedindo a classificação do estado nutricional da criança avaliada, resultando em 192 crianças a serem investigadas. Acredita-se que a ausência desses dados se deva ao fato da situação pandêmica vivida durante o ano de 2020, provocada pelo SARS-CoV-2, causador da COVID-19, que inviabilizou as mães de acompanharem seus filhos nas consultas de rotina, impossibilitando-as de assistir o crescimento e o desenvolvimento dos seus filhos.

Em relação às características sociodemográficas maternas das crianças, referentes aos três grupos estudados, a mediana da idade encontrada foi, respectivamente: 31 anos (< de 6 meses), 29 anos (6-23 meses) e 32 anos (24-60 meses).

A faixa etária de idade materna de 20-34 anos apresentou maior índice estatístico, apontando 75,6% (< de 6 meses), 69,2% (6-23 meses) e 64,3% (24-60 meses). Com referência à situação empregatícia, respectivamente 48,8% apresentou emprego formal (< de 6 meses), enquanto que 51,3% (6-23 meses) e 47% (24-60 meses) encontravam-se desempregadas. Na tabela 1, são descritos todos os percentuais para outras variáveis sociodemográficas da amostra estudada.

TABELA-1 Características demográficas e socioeconômicas da mãe/responsável. Campina Grande – PB, 2021.

Variáveis	Menores de 6 meses		6 a 23 meses		24 a 60 meses	
	n=41	%	n=39	%	n=115	%
Maternas						
<u>Idade</u>						
Até 20 anos	1	2,4	2	5,1	4	3,5
20-34 anos	31	75,6	27	69,2	74	64,3
≥35 anos	9	22	10	25,6	37	32,2
<u>Estado Civil</u>						
Solteira	7	17,1	11	28,2	25	21,7
Casada	22	53,7	23	59	72	62,6
Divorciada	0	0	2	5,1	4	3,5
União Estável	12	29,3	3	7,7	14	12,2

**TABELA-1 Características demográficas e socioeconômicas da mãe/responsável.
Campina Grande – PB, 2021.**

<u>Cor</u>						
Branco	16	39	11	28,2	41	35,7
Pardo	22	53,7	24	61,5	56	48,7
Negro	3	7,3	4	10,3	18	15,7
<u>Frequência escolar</u>						
Sim	41	100	39	100	115	100
Não	0	0	0	0	0	0
<u>Ler e escrever</u>						
Sim	41	100	39	100	114	99,1
Não	0	0	0	0	1	0,9
<u>Grau de escolaridade materna</u>						
Ensino Fundamental	7	17,1	7	17,9	16	13,9
Ensino Médio	11	26,8	15	38,5	53	46,1
Ensino Superior	23	56,1	17	43,6	46	40
<u>Horário que cuida da criança</u>						
Todos os horários	38	92,7	29	74,4	89	77,4
Tarde	0	0	2	5,1	2	1,7
Noite	0	0	5	12,8	18	15,7
Tarde e noite	0	0	2	5,1	3	2,6
Manhã e noite	0	0	0	0	3	2,6
Outra pessoa cuida	3	7,3	1	2,6	0	0
<u>Renda familiar</u>						
Menos de um salário	9	22	12	30,8	35	30,4
Um salário	18	43,9	25	64,1	61	53
Dois salários	14	34,1	2	5,1	19	16,6
<u>Situação empregatícia</u>						
Emprego formal	20	48,8	13	33,3	42	36,5
Emprego informal	6	14,6	6	15,4	19	16,5
Desempregado	15	36,6	20	51,3	54	47
<u>Distrito Sanitário pertencente</u>						
I	5	12,2	3	7,7	12	10,4
II	6	14,6	2	5,1	11	9,6
III	1	2,4	2	5,1	10	8,7
IV	11	26,8	11	28,2	34	29,6
V	15	36,6	17	43,6	35	30,4
VI	2	4,9	2	5,1	11	9,6
VII	1	2,4	2	5,1	2	1,7
<u>Criança</u>						
<u>Sexo das crianças</u>						
Feminino	17	41,5	12	30,8	50	43,5
Masculino	24	58,5	27	69,2	65	56,5

TABELA-1 Características demográficas e socioeconômicas da mãe/responsável. Campina Grande – PB, 2021.

EN: estado nutricional.
Fonte: autora

Na busca de encontrar associações positivas da variável dependente com as variáveis independentes sociodemográficas maternas, utilizou-se, na análise, o teste Qui-quadrado e o Exato de Fisher, encontrando associação positiva, apenas, na faixa etária de idade das crianças com 24-60 meses, mostrando que mães mais maduras, com idade média de 20-34 anos, foram associadas a terem filhos na faixa etária de 24-60 meses, apresentando 53% do seu Estado Nutricional (EN) eutrófico (Tabela2).

TABELA 2 - Associação da variável dependente com as variáveis independentes sociodemográficas. Campina Grande – PB, 2021.

Associação	< 6 meses		6-23 meses		24-60 meses	
	n=	p- valor*	n=	p- valor*	n=	p- valor*
EN x Idade mãe/responsável	41	0.457	39	1	115	0.001**
EN x Estado civil materno	41	0.291	39	0.838	115	0.829
EN x Grau de escolaridade materna	41	0.892	39	0.771	115	0.428
EN x Renda materna	41	0.197	39	1	115	0.747
EN x Situação empregatícia materna	41	0.898	39	0.382	115	0.176
EN x Distrito Sanitário	41	0.156	39	0.221	115	0.450

EN: estado nutricional; n: frequência absoluta; *p-valor baseado no teste exato de fisher. ** Houve associação. Variável dependente: estado nutricional classificado em 2 níveis, eutrofia e risco de sobrepeso.

Fonte: autora

A respeito do perfil alimentar para as crianças menores de 6 meses, constatou-se um consumo 85,4% de Leite Materno (LM) no dia anterior da pesquisa. Houve também a ingestão considerável de água/chá com 26,8% e de fórmula infantil com 41,5% (Tabela 3).

TABELA 3 - Resultado do Recordatório Alimentar < de 6 meses. Campina Grande – PB, 2021.

Variáveis	n=41	%
1- A criança ontem tomou leite do peito?		
Sim	35	85,4
Não	6	14,6
2- Ontem a criança consumiu mingau?		
Sim	2	4,9
Não	39	95,1
3- Ontem a criança consumiu água/chá?		
Sim	11	26,8
Não	30	73,2
4- Ontem a criança consumiu leite de vaca?		
Sim	0	0
Não	41	100
5- Ontem a criança consumiu fórmula infantil?		
Sim	17	41,5
Não	24	58,5
6- Ontem a criança consumiu suco de fruta?		
Sim	5	12,2
Não	36	87,8
7- Ontem a criança consumiu fruta?		
Sim	3	7,3
Não	38	92,7
8- Ontem a criança consumiu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?		
Sim	1	2,4
Não	40	97,6
9- Ontem a criança consumiu outros alimentos/ bebidas?		
Sim	1	2,4
Não	40	97,6

Fonte: autora

Com relação a faixa etária de 6-23 meses, a Tabela 4 descreve todo o perfil alimentar, das crianças observando-se a permanência do consumo inadequado do LM. 51,3% não consumiram LM no dia anterior, havendo um consumo de 76,9% de outro tipo de leite; sendo que 46,2% consumiram mingau com leite e 51,3% consumiram iogurte.

TABELA 4 - Perfil Alimentar das crianças de 6 a 23 meses. Campina Grande – PB, 2021.

Variáveis	n=39	%
10-A criança ontem tomou leite do peito?		
Sim	19	48,7
Não	20	51,3
11-Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?		
Sim	35	89,7
Não	4	10,3
12- Se sim, quantas vezes?		
1 vezes	11	28,2
2 vezes	20	51,3
3 vezes ou mais	5	12,8
Não sabe	3	7,7
13-Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?		
Sim	35	89,7
Não	4	10,3
14- Se sim, quantas vezes?		
1 vezes	10	25,6
2 vezes	17	43,6
3 vezes ou mais	8	20,5
Não sabe	4	10,3
15- Se sim, essa comida foi oferecida:		
Em pedaços	28	71,8
Amassada	6	15,4
Passada na peneira	1	2,6
Liquidificada	1	2,6
Só o caldo	1	2,6
Não sabe	2	5,1
16-Ontem a criança consumiu outro leite que não o leite do peito?		
Sim	30	76,9
Não	9	23,1
17-Ontem a criança consumiu mingau com leite?		
Sim	18	46,2
Não	21	53,8
18-Ontem a criança consumiu iogurte?		
Sim	20	51,3
Não	19	48,7
19-Ontem a criança consumiu legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)?		
Sim	20	51,3
Não	19	48,7

TABELA 4 - Perfil Alimentar das crianças de 6 a 23 meses. Campina Grande – PB, 2021.

20-Ontem a criança consumiu vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)?		
Sim	21	53,8
Não	18	46,2
21-Ontem a criança consumiu verdura de folha (alface, acelga, repolho)?		
Sim	4	10,3
Não	35	89,7
22-Ontem a criança consumiu carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo?		
Sim	28	71,8
Não	10	25,6
23-Ontem a criança consumiu fígado?		
Sim	2	5,1
Não	37	94,9
24- Ontem a criança consumiu feijão?		
Sim	32	82,1
Não	7	17,9
25- Ontem a criança consumiu arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)?		
Sim	33	84,6
Não	6	15,4
26-Ontem a criança consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?		
Sim	1	2,6
Não	38	97,4
27- Ontem a criança consumiu bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha,suco de fruta com adição de açúcar)?		
Sim	11	28,2
Não	28	71,8
28- Ontem a criança consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?		
Sim	16	41
Não	23	59
29-Ontem a criança consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?		
Sim	11	28,2
Não	27	69,2
Não sabe	1	2,6

 Fonte: autora

A respeito da faixa etária de 24-60 meses, 56,5% das crianças costumam realizar suas refeições assistindo TV ou mexendo no computador e/ou celular. Sobre as refeições mais predominantes na alimentação das crianças estudadas, a tabela 5 descreve todas elas e outros percentuais relevantes encontrados.

TABELA 5 - Resultado do Recordatório Alimentar de 24 a 60 meses. Campina Grande – PB, 2021.

Variáveis	n=115	%
30-A criança tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?		
Sim	65	56,5
Não	50	43,5
31-Quais refeições a criança faz ao longo do dia?		
31.1 Café da manhã		
Sim	104	90,4
Não	11	9,6
31.2 Lanche da manhã		
Sim	66	57,4
Não	49	42,6
31.3 Almoço		
Sim	111	96,5
31.4 Lanche da tarde		
Sim	108	93,9
Não	7	6,1
31.5 Jantar		
Sim	110	95,7
Não	5	4,3
31.6 Ceia		
Sim	35	30,4
Não	80	69,6
32-Ontem a criança consumiu feijão?		
Sim	95	82,6
Não	20	17,4
33-Ontem a criança consumiu frutas frescas? (não considerar suco de frutas)		
Sim	82	71,3
Não	32	27,8
Não sabe	1	0,9
34- Ontem a criança consumiu verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?		
Sim	54	46,9
Não	60	52,2

TABELA 5 - Resultado do Recordatório Alimentar de 24 a 60 meses. Campina Grande – PB, 2021.

Não sabe	1	0,9
35- Ontem a criança consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?		
Sim	22	19,1
Não	93	80,9
36-Ontem a criança consumiu bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?		
Sim	68	59,1
Não	47	40,9
37- Ontem a criança consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?		
Sim	50	43,5
Não	65	56,5
38-Ontem a criança consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?		
Sim	65	56,5
Não	50	43,5

Fonte: autora

Em se tratando das associações da variável dependente com o perfil alimentar das crianças estudadas, utilizando o teste Qui-quadrado e o Exato de Fisher, na faixa etária menor de 6 meses, não foi encontrada nenhuma associação positiva. Com referência as associações das crianças na faixa de 6 a 23 meses, foi encontrada uma associação positiva, pelo fato dessas ingerirem, duas vezes por dia, fruta inteira, em pedaço ou amassada. Fato este que tem como consequência um EN em risco de sobrepeso, com um percentual de 54%. Por fim, a idade da mãe/responsável da criança, na faixa etária de 20-34 anos, como também, o fato de as crianças de 24-60 meses não consumirem salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo e biscoito salgado, tudo isso esteve associado ao EN eutrófico dessas crianças, apresentando 53% de percentual (Tabela 6).

TABELA 6 - Associação da variável dependente com o perfil alimentar das crianças. Campina Grande – PB, 2021.

< 6 MESES			6-23 meses			24-60 meses		
Associação	n=	p- valor*	Associação	n=	p-valor*	Associação	n=	p-valor*
EN X ITEM 1	41	0.651	EN x Item 10	39	0.751	EN x Item 30	115	0.258
EN X ITEM 2	41	0.504	EN x Item 11	39	1	EN x Item 31.1	115	1
EN X ITEM 3	41	0.701	EN x Item 12	39	< 0.05**	EN x Item 31.2	115	1
EN X ITEM 4	41	0.200	EN x Item 13	39	0.109	EN x Item 31.3	115	0.621
EN X ITEM 5	41	0.296	EN x Item 14	39	0.215	EN x Item 31.4	115	0.704
EN X ITEM 6	41	0.619	EN x Item 15	39	0.584	EN x Item 31.5	115	1
EN X ITEM 7	41	0.200	EN x Item 16	39	0.054	EN x Item 31.6	115	1
EN X ITEM 8	41	0.292	EN x Item 17	39	1	EN x Item 32	115	1
EN X ITEM 9	41	1	EN x Item 18	39	1	EN x Item 33	115	0.349
			EN x Item 19	39	0.110	EN x Item 34	115	0.226
			EN x Item 20	39	0.523	EN x Item 35	115	0.636
			EN x Item 21	39	0.318	EN x Item 36	115	1
			EN x Item 22	39	0.289	EN x Item 37	115	<0.002**
			EN x Item 23	39	1	EN x Item 38	115	1
			EN x Item 24	39	0.098			
			EN x Item 25	39	0.189			
			EN x Item 26	39	1			
			EN x Item 27	39	0.284			
			EN x Item 28	39	0.751			
			EN x Item 29	39	0.851			

EN: estado nutricional; n: frequência absoluta; *p-valor baseado no teste exato de fisher. Variável dependente: estado nutricional classificado em 2 níveis, eutrofia e risco de sobrepeso.

TABELA 6 - Associação da variável dependente com o perfil alimentar das crianças. Campina Grande – PB, 2021.

- Itens: 1- A criança ontem tomou leite do peito?
 2- Ontem a criança consumiu mingau?
 3- Ontem a criança consumiu água/chá?
 4- Ontem a criança consumiu leite de vaca?
 5- Ontem a criança consumiu fórmula infantil?
 6- Ontem a criança consumiu suco de fruta?
 7- Ontem a criança consumiu fruta?
 8- Ontem a criança consumiu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?
 9- Ontem a criança consumiu outros alimentos/ bebidas?
 10- A criança ontem tomou leite do peito?
 11- Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?
 12- Se sim, quantas vezes?
 13- Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?
 14- Se sim, quantas vezes?
 15- Se sim, essa comida foi oferecida:
 16- Ontem a criança consumiu outro leite que não o leite do peito?
 17- Ontem a criança consumiu mingau com leite?
 18- Ontem a criança consumiu iogurte?
 19- Ontem a criança consumiu legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)?
 20- Ontem a criança consumiu vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)?
 21- Ontem a criança consumiu verdura de folha (alface, acelga, repolho)?
 22- Ontem a criança consumiu carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo?
 23- Ontem a criança consumiu fígado?
 24- Ontem a criança consumiu feijão?
 25- Ontem a criança consumiu arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)?
 26- Ontem a criança consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?
 27- Ontem a criança consumiu bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?
 28- Ontem a criança consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?
 29- Ontem a criança consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?
 30- A criança tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?
 31- Quais refeições a criança faz ao longo do dia?
 31.1 Café da manhã
 31.2 Lanche da manhã
 31.3 Almoço
 31.4 Lanche da tarde
 31.5 Jantar
 31.6 Ceia
 32- Ontem a criança consumiu feijão?
 33- Ontem a criança consumiu frutas frescas? (não considerar suco de frutas)
 34- Ontem a criança consumiu verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?
 35- Ontem a criança consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?
 36- Ontem a criança consumiu bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?
 37- Ontem a criança consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?
 38- Ontem a criança consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?

Fonte: autora

O EN encontrado das crianças é descrito a seguir, na tabela 7. Na faixa etária menor de 6 meses, foi encontrado um valor de 70,8% das crianças, com eutrofia.

TABELA 7 - Estado Nutricional das crianças assistidas pela UBS. Campina Grande – PB, 2021.

	Menores de 6 meses		6 a 23 meses		24 a 60 meses	
	n=41	%	n=39	%	n=115	%
Eutrofia	29	70,8	18	46	61	53
Risco de sobrepeso	12	29,2	21	54	54	47

Variável dependente: estado nutricional (EN) classificado em 2 níveis, eutrofia e risco de sobrepeso.

Fonte: autora

Os resultados do estudo permitiram identificar o perfil alimentar das crianças, o EN, assim como algumas associações significativas. As crianças do sexo masculino apresentaram destaque nesse estudo, nos três níveis de idade investigados. Em relação a idade materna, a mediana das idades foi de 31, 29 e 32 anos respectivamente, indicando que as mães tiveram seus filhos na fase adulta, momento esse em que a mulher, provavelmente, está madura e capaz de encarar os desafios que a maternidade transfere.

Percebeu-se que o perfil etário das mães foi similar ao encontrado em outros estudos, que objetivaram investigar a alimentação infantil das crianças menores de 2 anos, como Ferreira *et al.*, (2018) e Passanha *et al.*, (2020), com a maioria entre 20 e 30 anos, evidenciando uma tendência de aumento da idade materna, na última década, relatada não só no Distrito Federal (DF), mas também nas demais capitais brasileiras (Brasil, 2009).

Assim, ratificando o que foi encontrado, Lima e Osório (2003) que avaliaram o perfil do Aleitamento Materno (AM), em crianças menores de 25 meses de idade, na Região Nordeste do Brasil, e verificaram a associação entre a duração mediana do aleitamento e algumas variáveis demográficas maternas, de assistência ao parto e culturais. Como também, Santos *et al.*, (2019) observaram, em seu estudo transversal, que teve como objetivo avaliar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME)

em menores de 25 meses, na região nordeste. Esses autores encontraram uma associação significativa de uma maior idade materna com uma maior duração do AM. Isto comprova que essa faixa etária implica em uma maior experiência e mais maturidade da mulher, resultando em uma oferta alimentar mais saudável à criança, como também em seu EN, impactando-o consideravelmente.

Entretanto, Santos et al., (2017), no seu estudo de metanálise que sumarizou estudos brasileiros que analisaram os fatores de risco para interrupção do AME antes dos seis meses de vida da criança, concluíram que mães primíparas, e com idade menor de 20 anos, apresentaram associação positiva com a interrupção do AME precocemente. Possivelmente, isso se deve ao fato da pouca experiência que essas mulheres possuem diante de uma fase tão complexa e que necessita de suporte familiar e psicoemocional para poderem enfrentá-la.

Com relação as características sociodemográficas maternas, na faixa etária menor de 6 meses e de 6 a 23 meses, a escolaridade encontrada foi o nível superior e, de 24-60 meses, o ensino médio prevaleceu. Santos et al (2019) que avaliaram o AME em crianças menores de 2 anos e sua assistência pelas UBS, consideraram as respectivas escolaridades como alta, acreditando que esse fato influencie a duração da Aleitamento Materno (AM), pois supõe-se que as mães apresentem uma maior facilidade em assimilar os assuntos discutidos no pré-natal e em ações educativas. Em discordância com o que foi apresentado, Relvas, Buccini e Venâncio (2019) que avaliaram a prevalência do consumo de AUP, entre crianças com menos de um ano, e identificaram os fatores associados, evidenciaram que a baixa escolaridade está relacionada ao menor tempo de AM.

No tocante à renda familiar, o ganho de um salário mínimo prevaleceu nos três níveis de idade dessa pesquisa. Sobre a situação empregatícia, na faixa-etária menor de 6 meses, o emprego formal sobressaiu. Porém, nas outras duas faixas de idade, o desemprego predominou. Giesta *et al.*, (2019) verificaram a associação entre fatores maternos e antropométricos e o consumo de Alimentos Ultraprocessados (AUP) em crianças de 4 a 24 meses de idade, identificando que o aumento no consumo de AUP está presente em todos os extratos econômicos. Todavia uma menor renda esteve associada com o maior consumo desses alimentos ultraprocessados.

Nesse contexto, de acordo com Caivano *et al.*, (2017), infelizmente, é percebido, no contemporâneo vivido, uma diferença de preço considerável, em

supermercados e feiras livres, entre alimentos saudáveis e não saudáveis. Além do que, esses últimos, geralmente vêm em maiores porções, são mais palatáveis, práticos de preparar e com preços mais acessíveis, quando comparados aos alimentos saudáveis. Assim, Garcia *et al.*, (2018), que descreveram as práticas de aquisição de frutas e hortaliças, por moradores de áreas periféricas da região metropolitana de São Paulo, concluíram que a alimentação saudável esteve associada a preços altos, e parte dessa população deixava de comprar esses alimentos, devido ao seu alto custo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) já vem trabalhando em todo o mundo para que as indústrias reformulem as embalagens dos AUP, esclarecendo seus malefícios, assim como, para que ocorra um aumento dos seus impostos, objetivando a diminuição no seu consumo (WHO, 2021).

Em se tratando da prática do AM no dia anterior da pesquisa, na faixa etária menor de 6 meses, essa prática foi satisfatória, apresentando índice de 85,4%. Entretanto, percebeu-se, concomitantemente a presença marcante do consumo de água/chá, suco de frutas e fórmula infantil associada à oferta do leite materno, mostrando a presença acentuada dos mitos e crenças relacionados à prática do AM inferindo-se que a oferta do LM não é realizada de forma exclusiva, conforme recomendações nacionais e internacionais. (BRASIL, 2013a, 2019a; WHO, 2020).

Heymann e Abrams (2017), BRASIL (2019a) e WHO (2020) não recomendam a oferta de alimentos líquidos para o início da Alimentação Complementar (AC), haja vista a baixa quantidade de nutrientes e de energia presente nesses alimentos, insuficiente para suprir todas as necessidades de uma criança com pequena capacidade gástrica. Além do que, esse tipo de alimento pode aumentar o risco de desnutrição, o perigo de desenvolver baixa estatura e a possibilidade de apresentar cárie dentária.

Santos *et al.*, (2020) identificaram os motivos associados à interrupção do AME, entre nutrizes, durante os primeiros 6 meses de vida do lactente, no município de São Paulo, relatando que um terço da sua amostra interrompeu o AME antes dos 6 meses de idade. Para tanto, os motivos aludidos foram: o LM insuficiente, o retorno ao trabalho e à escola, e a recusa não explicada.

Além do mais, no estudo de metanálise de Santos *et al.*, (2017); na pesquisa de Bogea *et al* (2019), que identificaram os padrões alimentares das crianças de 13 a 35 meses de idade e verificaram a sua associação com características maternas, foi identificado que a idade materna inferior a 20 anos, a baixa escolaridade, a

primiparidade, o trabalho materno no puerpério e a baixa renda familiar estiveram associados com a interrupção do AME até os 6 meses de vida. Quanto às crianças com baixo peso ao nascer, do sexo feminino e que usaram chupeta, essas apresentaram uma maior vulnerabilidade a não serem exclusivamente amamentadas. Assim, a inclusão das mulheres, desde o período do pré-natal até o puerpério, em grupos de apoio que as ensine sobre a amamentação, oferecendo-lhes o apoio psicossocial necessário, em que necessitar, pode ser um fator diferencial para o sucesso do AM.

A OMS adota, como parâmetros para AME em menores de seis meses, os seguintes indicadores: 0 - 11% ruim, 12 - 49% razoável, 50 – 89% bom, 90 – 100% muito bom. Bersot (2011), em seu estudo, que analisou a mudança temporal do AME em cinco países da América Latina e Caribe, comparando dados das décadas de 1990 e 2000, trouxe números crescentes de prevalência de AME, em que o Brasil passou de 25,7% para 45% e, no Peru, de 53,7% para 65,8%. Apenas Peru, Bolívia e Guatemala foram classificados como “bom” no espectro de avaliação do AM.

Corroborando a esses resultados, o último Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019, identificou estatísticas crescentes do AM. Isso feito através de uma série histórica, em que foi possível comparar os resultados da PNDS, de 1986 até o último estudo avaliativo do MS, do ano de 2019, quando foram avaliados os índices de AM, desde a faixa etária menor de 4 meses até os dois anos de idade ou mais. Percebeu-se que a prevalência do AME, nos menores de 4 meses, cresceu de 4,7% para 60%. Para os menores 6 meses, esses números passaram de 2,9% para 45,7%. Em se tratando da prevalência do AM continuado, aos 12 meses, os números moveram-se de 30% para 53,1%. Quanto a prevalência de AM total, entre crianças menores de 24 meses, essa foi de 37,4% para 60,9%.

Contudo, indo de encontro ao estudo de Bersot, (2011) e ao último ENANI (2019), na discussão de Benvindo *et al.*, (2019) que analisaram os indicadores de saúde e nutrição em crianças menores de 2 anos de idade assistidas na atenção básica de Governador Valadares, Minas Gerais. Tal como em Giesta *et al.*, (2019), que verificaram a associação entre fatores maternos, antropométricos e o consumo de AUP em crianças de 4 a 24 meses de idade, em Porto Alegre-RS, encontraram índices de AME abaixo da média global, como também uma baixa prevalência na sua oferta.

Nosso estudo, juntamente com o de Bortolini *et al.*, (2013), que avaliaram o consumo, a frequência e o tipo de leite ingerido por crianças brasileiras menores de 60 meses, encontraram estatísticas significativas em relação ao consumo de fórmula infantil, apresentando 41,5% e 23% respectivamente, da mesma forma que esse consumo prevaleceu nas regiões Sul e Nordeste.

Toda essa situação demonstra a real necessidade de possuir uma equipe de saúde treinada e com um olhar mais atento às necessidades da gestante/puérpera, buscando executar tanto os programas educativos como estratégias ministeriais, a exemplo da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB), referência em se trabalhar com os temas: mitos, crenças e dificuldades na amamentação e AC.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, comprovou-se que 14% das crianças receberam alimentos antes dos 2 meses de idade, e mais de 30% receberam aos 3 e 4 meses.

Ademais, dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, realizada em 227 municípios, em 2009, apontaram que a prevalência de AME em menores de seis meses, no Brasil, era de 41,0%, valor inferior ao recomendado pela OMS. Esse estudo verificou também que a introdução de água, chás, sucos, e leite não-humano (artificial) é muito precoce (13,6%; 15,3%, 18,2% e 18% das crianças menores de um mês recebiam respectivamente esses líquidos).

Armstrong *et al.*, (2014), examinaram a relação entre a amamentação exclusiva dada aos 3 meses de idade com a que é dada no início da AC, como também, analisaram os principais dados sobre AC coletados aos 8 a 10 meses. Também observaram, em sua amostra populacional, do Reino Unido, que a amamentação exclusiva por 3 meses, em comparação com a alimentação mista ou com fórmula, foi negativamente associada à AC muito precocemente (AOR = 0,35; IC de 95%, 0,30–0,42).

Por isso, combater a introdução antecipada de outros leites, líquidos e alimentos é fundamental na prevenção de danos à saúde da criança, uma vez que, quanto mais imatura for essa introdução na alimentação da criança, menor de 6 meses mais cedo o desmame precoce acontece. Da mesma maneira, a introdução de alimentos com alta densidade energética também ocasiona prejuízos à saúde infantil (TORQUATO *et al*, 2018).

A respeito do perfil alimentar das crianças entre 6-23 meses, o consumo inadequado de LM permanece. Corroborando com esses achados, Saldiva *et al.*, (2007); Passanha *et al.*, (2020) caracterizaram o consumo alimentar de lactentes paulistas, no segundo semestre de vida, identificando uma alta prevalência do consumo de leite não humano nas crianças com idade superior a 2 anos de vida. No estudo de Carvalho *et al.*, (2020) foram identificados padrões alimentares de crianças com 6, 9 e 12 meses, como também a sua associação com variáveis socioeconômicas, comportamentais e de nascimento e de nutrição, tudo isso realizado em Viçosa – MG. Por sua vez, eles também encontraram a presença de outros tipos de leite na alimentação infantil, essa estando associada a desvios nutricionais, como, por exemplo, o excesso de peso.

A prática do AM, até os 2 anos ou mais, é recomendação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da OMS e do MS. Além do que o leite materno possui fator protetor contra as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2015a; RODRIGUES, 2019). Essa mesma evidência foi registrada na revisão narrativa de Uwaezuoke, Eneh e Ndu (2017) sobre evidências publicadas acerca da relação entre a amamentação exclusiva e o menor risco de obesidade. Concluiu-se, assim, que a exclusividade na amamentação pode prevenir o desenvolvimento da obesidade em crianças e essa esteve associada a riscos e complicações a sua saúde, tais como DM2, malignidade, dislipidemia e hipertensão, além de aterosclerose da artéria carótida.

Foi observado, também, por meio do nosso estudo um consumo considerado de outros produtos lácteos, em crianças na faixa etária de 6-23 meses, tais como: iogurte, com 51,3%, e mingau com leite, 46,2%. Carrazzoni e colaboradores (2015) identificaram a prevalência de fatores relacionados à obesidade infantil, ocorridos no nascimento e permanecendo durante o primeiro ano de vida. Passanha *et al.*, (2020), em seu estudo transversal, com amostra representativa de 14.327 lactentes, com idade de seis a doze meses e oriundos de 76 municípios do estado de São Paulo, evidenciaram um alto consumo desses alimentos, similarmente, pelos lactentes maiores de 2 anos e também por aqueles não amamentados.

No que diz respeito à consistência da comida oferecida, a forma em pedaços e a amassada obtiveram um maior destaque nas nossas conclusões. Segundo o guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, a forma oferecida, nesse estudo está dentro do preconizado, pois o objetivo é fazer com que a criança

aprenda a mastigar. Quando o alimento é liquidificado ou passado na peneira, sendo oferecido de forma líquida à criança, ela terá dificuldades para aceitar, no futuro, alimentos sólidos. Fato este que retardará o desenvolvimento dos músculos da face infantil e comprometerá o aprendizado de uma respiração adequada e de uma mastigação satisfatória (BRASIL, 2019a).

O consumo de legumes, vegetais ou fruta de cor alaranjada, nessa pesquisa, esteve dentro da média estatística (51,3%, 53,8%), exceto o consumo de verduras de folhas (10,3%). Mais uma vez, a melhoria da educação materna foi um fator que contribuiu para uma maior oferta desses alimentos às crianças. Isso é comprovado pelos estudos internacionais de Smithers *et al.*, (2012), Sotero *et al.*, (2015) e nacionais de Ducci *et al.*, (2013), Souza, Fracoli, Zoboli (2013), Bratkowski *et al.*, (2020).

O nível educacional e a renda materna estão diretamente relacionados com a nutrição e com o desenvolvimento infantil. Dessa forma, Passanha *et al.*, (2021) analisaram a influência de determinantes individuais e contextuais sobre o consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) e de AUP entre lactentes de 6 -11,9 meses. Concluíram também que a busca por melhores programas de instrução para as mães com baixos níveis de escolaridade são estratégias que podem ajudar a reduzir o consumo de AUP entre as crianças pequenas.

Os resultados encontrados em nosso estudo sobre o consumo de carnes, do feijão, do fígado, da batata, do inhame, da macaxeira/aipim/mandioca, da farinha e do macarrão. E também, do consumo das bebidas adoçadas, do macarrão instantâneo, do salgadinho de pacote ou do biscoito salgado, do biscoito recheado e dos doces ou das guloseimas. Todos esses vão de encontro ao estudo de Bortolini *et al.*, (2012) que apresentaram a frequência de consumo de alimentos em crianças de 6 a 59 meses, de acordo com a zona de residência (urbana ou rural) e região do país, investigadas na PNDS 2006-2007. Foi encontrado um baixo consumo diário de verduras (12,7%), legumes (21,8%), carnes (24,6%) e elevado consumo de refrigerantes (40,5%), doces (37,8%), na frequência de uma a três vezes na semana. Apresentando discordância para a ingestão de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, que o estudo vigente obteve um maior consumo, apresentando 41% (BRASIL, 2006).

Em se tratando do perfil alimentar das crianças de 24-60 meses, percebeu-se uma alta nos dados estatísticos, referentes às crianças que costumam se alimentar

em frente a algum eletrônico, apresentando, nesse caso, um índice de 56%, seja televisor, tablet, celulares ou computadores. Nossos resultados relacionam-se com o estudo de Oliveira, Silva e Younes (2014) os quais avaliaram a incidência da obesidade infantil, em crianças de 2 a 5 anos, frequentadoras de um Centro Municipal de Educação Infantil, no município de Foz do Iguaçu – PR. Os referidos pesquisadores também apresentaram um índice de 63% de escolares que realizavam suas refeições em frente a aparelhos eletrônicos. Melo, Silva e Santos (2019), que analisaram o estado nutricional, o consumo alimentar e o nível socioeconômico de crianças com 4-5 anos, frequentadoras da rede pública de ensino, no município de Pernambuco, apresentaram, também, estatísticas significativas, tais como, 53% dos pré escolares e 34% dos escolares, que apresentaram os mesmos hábitos alimentares supramencionados.

Habituar a criança a se alimentar assistindo um eletrônico, objetivando que ela se alimente melhor, significa retirar dela a capacidade de perceber, diariamente, as novas experiências que a alimentação lhe proporciona, ou seja, um momento de estímulo ao desenvolvimento.

O guia alimentar para a população brasileira destaca três orientações básicas para se alimentar bem, são elas: comer com regularidade e com atenção; comer em ambientes apropriados; e comer em companhia de alguém. Quando se decide alimentar-se na presença de aparelhos celulares ou televisões ligados, perde-se a atenção no ato de comer, fazendo com que, inconscientemente, maiores porções sejam ingeridas, pois as características do ambiente onde comemos influenciam na quantidade de alimentos que ingerimos e no prazer que podemos desfrutar da alimentação (BRASIL, 2014b).

Sobre a quantidade de refeições realizadas pelas crianças investigadas, a média encontrada foi de 5 refeições diárias. Brasil (2019a) relata que, após os 6 meses de vida, além de consumir o LM, a criança deve complementar sua alimentação, de preferência com alimentos *in natura* e minimamente processados, excluindo os AUP. Dessa forma, a quantidade de refeições e o seu volume vão aumentando conforme o aumento da sua idade. Assim, a partir de um ano, a criança já deve realizar as 5 refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar) com a comida da família. Logo, a quantidade de refeições encontrada, nesse estudo, está de acordo com as recomendações do MS.

Os três alimentos mais consumidos, nessa faixa etária de idade, foram: o feijão, as frutas frescas e as bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco em caixinha, xaropes de guaraná/groselha e suco de fruta com adição de açúcar). Ficando em quarto lugar o biscoito recheado, os doces ou as guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelos, gelatinas).

Entretanto, houve um baixo consumo de verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame), de hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) de macarrão instantâneo, de salgadinhos de pacote ou de biscoitos salgados.

Corroborando com os dados encontrados nesse estudo, as discussões de Oliveira, Silva e Younes (2014) identificaram, por meio da utilização do Recordatório Alimentar, que as crianças de 2-5 anos consumiam diariamente bebidas açucaradas e, duas vezes por semana, era a vez dos biscoitos, dos salgadinhos de pacote e dos refrigerantes.

Estudos da OMS/Europa evidenciam que os alimentos industrializados para bebês são ricos em açúcar e são comercializados inadequadamente (WHO, 2019a). Para Bogea *et al.*, (2019), um padrão de consumo alimentar saudável é caracterizado pela presença de alimentos ricos em vitaminas, minerais, fibras e proteínas, e com baixo teor de açúcares e ácidos graxos trans, divergindo do padrão alimentar encontrado nesse estudo, o qual apresentou um consumo considerável de AUP, como: bebidas adoçadas, biscoitos recheados e guloseimas, mas também, um baixo consumo de verduras e legumes, deixando claro que as crianças investigadas estão com uma alimentação inapropriada para um exitoso crescimento e desenvolvimento de suas potencialidades.

De acordo com a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada nas áreas urbana e rurais de todo Território Brasileiro, no período de junho de 2017 a julho de 2018, têm-se dados importantes sobre a alimentação das famílias brasileiras. As famílias que apresentaram um rendimento mensal mais alto (acima de R\$ 23.850,00), gastaram mais com alimentos fora do domicílio (50,3%), contra 49,7% de despesa com alimentação no domicílio. Em se tratando das famílias com menor rendimento mensal (de até R\$ 1 908,00) essas apresentaram uma proporção de 20,6% de despesa com alimentação fora do domicílio, contra 79,4% de despesa com alimentação no domicílio (IBGE, 2019).

Esses números mostram o quanto as famílias brasileiras, em especial as que apresentam maiores rendimentos, estão expostas, na maioria das vezes, ao consumo de alimentos não saudáveis. Alimentar-se fora do domicílio significa, muitas das vezes, a ingestão de porções a mais do que seu corpo necessita. Aliado a isso, as lanchonetes e os restaurantes, com suas publicidades cada vez mais agressivas, oferecem produtos com preços mais acessíveis, porém, em contrapartida, com alta densidade energética, favorecendo, assim, o ganho de peso de seus consumidores.

Dessa forma, a revisão integrativa de Moreira, Pires e Gonçalves (2021), que objetivou compreender os fatores ambientais que contribuem para o desenvolvimento da obesidade na infância, concluiu que as famílias possuem forte influência sobre os hábitos alimentares de suas crianças, como também as influenciam a um estilo de vida, lamentavelmente sedentário. Da mesma maneira que o nível socioeconômico dessas famílias e a publicidade ofensiva dos alimentos influenciam, consideravelmente, esse público a não conseguir estabelecer hábitos de vida saudáveis.

Ainda na POF (2017-2018), observou-se o padrão de despesas das famílias com grupos de produtos que compõem a alimentação no domicílio. Foi possível constatar, na região brasileira, uma baixa despesa com alimentos, como: legumes, verduras, frutas, farinhas massas, féculas, cereais, leguminosas, açúcares e seus derivados, indo de encontro a alguns itens mais consumidos em nosso estudo, como: frutas, bebidas adoçadas, biscoitos recheados e guloseimas. Analisando por região, o Nordeste teve um maior percentual, 6,7%, no grupo cereais, leguminosas e oleaginosas, e a região Sul se destacou no grupo de bebidas e infusões, com 13,6% (IBGE, 2019).

De acordo com esse contexto, percebe-se a necessidade de uma mudança drástica na alimentação das famílias brasileiras, uma vez que essa impacta diretamente na alimentação infantil. Como também se faz necessária uma mudança de hábitos sedentários, para que esses indivíduos não sejam nem influenciadores negativos de hábitos de vida, não recomendados pelos órgãos de saúde, nem também sejam acometidos, conseqüentemente, pelas DCNT, uma vez que essas doenças podem se manifestar precoce ou tardiamente na vida dessas famílias.

Sobre o EN das crianças investigadas, desde a década de 70, estudos têm mostrado uma transição nutricional, no Brasil, o qual é marcada por um aumento da

prevalência do sobrepeso e da obesidade nos indivíduos, assim como a diminuição da desnutrição, especialmente nas populações menores de 05 anos (ROLIM *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2019).

Tendo em vista que o IMC/idade nas três faixas etárias identificadas, neste estudo, inspira cuidados dos profissionais das APS, para que o EN alterado não se eleve ainda mais. Nascimento (2020) corrobora com o que foi encontrado, ele avaliou o EN de crianças entre 0-5 anos, do estado de Pernambuco, através do Sisvan Web. Foi possível evidenciar que, em seu estado, houve uma maior prevalência do indicador de risco de sobrepeso, sendo este um problema ascendente e mais prevalente no sexo masculino. Neves e Madruga (2016), em seu estudo observacional e descritivo, avaliando o consumo alimentar e o EN de crianças menores de 3 anos, encontraram maiores proporções de crianças com sobrepeso ou obesidade e risco de sobrepeso.

Nesse estudo, não foram encontradas associações do EN das crianças com o perfil sociodemográfico das mães. Porém ocorreu uma associação do consumo de fruta (2x ao dia), com o EN risco de sobrepeso, nas crianças de 6-23 meses. O guia alimentar, para crianças brasileiras menores de 2 anos, afirma que a base da alimentação das crianças, nessa faixa etária, deve ser através do consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, entre eles: frutas, feijões, cereais, tubérculos, legumes, verduras e carnes (Brasil, 2014b).

As frutas e os vegetais fazem parte do grupo de alimentos mais importantes que devem ser utilizados no controle do peso e na prevenção de doenças. O seu consumo adequado tem sido associado com o risco diminuído de DCNT. Porém, o padrão dietético, associado às DCNT, é caracterizado pelo consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes (FVL) (PRYNNE *et al.*, 2006; DAUGCHET *et al.*, 2006; WHO, 2021).

A Organização das Nações Unidas sobre Alimentos e Agricultura (*Food and Agriculture Organization of the United Nations - FAO*) e a OPAS recomendam a população um consumo mínimo de FVL de 400 g/dia ou o equivalente a cinco porções desses alimentos (OPAS, 2019).

Fonseca (2017) avaliou os fatores associados ao consumo de frutas, hortaliças e AUP na infância, com ênfase no tempo de AME e comportamento sedentário de crianças de 4 a 7 anos, encontrando crianças com tempo inferior a 4 meses de AME, menor consumo de frutas e hortaliças e maior consumo de AUP na

dieta. Brandão, Souza, Passos, (2021) identificaram, em seu estudo transversal, que os alimentos mais consumidos, entre as crianças de 0-2 anos, depois do LM, foram as frutas. Entretanto se percebeu também um consumo, por essas crianças, de biscoitos recheados, balas e pirulitos.

Nesse contexto, a associação encontrada, no estudo, deve-se ao fato de as crianças consumirem, ao dia, mais porções de AUP em sua dieta, em vez de consumirem frutas. Por isso, se faz necessário um acompanhamento nutricional dessas crianças, buscando orientar a mãe/responsável sobre os melhores alimentos para uma boa AC, objetivando evitar prejuízos à saúde do infante.

Em se tratando do EN das crianças de 24-60 meses, nossos achados mostraram que 53% delas se encontravam eutróficas, e 47%, com risco de sobrepeso. Barreto, Brasil e Maranhão (2007) que estudaram crianças de 2 a 6 anos, através do IMC/idade, encontram estatísticas mais elevadas para eutrofia, identificando 3,2% de crianças com baixo peso, 70,2% com eutrofia. No que diz respeito ao risco de sobrepeso, essa mesma pesquisa, encontrou menores índices, 14,1%, e 12,4% apresentaram sobrepeso.

Segundo os dados do SISVAN, na cidade de Foz do Iguaçu, em 2013, o IMC das crianças de 2-5 anos de idade foi de 2,15% para magreza acentuada, 1,33% para magreza, 62,67% para eutrofia, 21,74% estavam com risco de sobrepeso, 8,31% com sobrepeso e 3,79% com obesidade. Por fim, Alves *et al.*, (2019) que avaliaram o EN de menores de 5 anos de idade, em Sobral - CE, no período entre 2013 e 2017. Todos esses estudos, identificaram, da mesma forma, o aumento do sobrepeso e obesidade em crianças menores de 5 anos.

Nesse interim, foi possível encontrar uma associação positiva da idade materna de 20-34 anos, com o EN eutrófico. Indo ao encontro do que foi identificado por Simon *et al.*, (2009). Eles verificaram a idade de introdução de alimentos complementares nos primeiros 2 anos de vida e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas de crianças participantes da pré-escola, do município de São Paulo. Da mesma forma que Pries *et al.*, (2016) avaliaram a utilização, pelas mães, de produtos alimentares comerciais para alimentação infantil e a exposição a promoções comerciais, desses produtos, no vale de Kathmandu, Nepal. Todos eles encontraram mães, com mais de 35 anos, apresentando um maior nível de escolaridade e uma maior renda. Elas introduziram, mais tardiamente, à alimentação infantil, guloseimas, mesmo antes dos dois primeiros anos de vida

das crianças e, também, ofereceram-lhes uma alimentação minimamente aceitável, de acordo com diversidade dietética e a frequência alimentar. Essa evidência explica a associação encontrada, pois quando a rotina alimentar de uma criança é composta por alimentos saudáveis, conseqüentemente o seu EN é impactado, apresentando-se no padrão da normalidade.

Outra associação encontrada, no nosso estudo, foi o EN eutrófico das crianças, o qual está associado ao não consumo de salgadinhos de pacote, de macarrão instantâneo e de biscoito salgado. No entanto, estudos relatados a seguir se contrapõem ao que foi encontrado, a exemplo da pesquisa de Vandevivere *et al.*, (2019), que avaliaram as crianças, os adolescentes e os adultos belgas, na participação de AUP, na dieta e nas associações com a qualidade dessa mesma dieta. Eles encontraram um consumo de AUP substancial, estando associado a uma dieta de qualidade inferior. Beslay *et al.*, (2020), investigaram as associações entre o consumo de AUP e o risco de sobrepeso e de obesidade, bem como a mudança no IMC, em uma grande coorte francesa. Eles concluíram que o maior consumo de AUP esteve associado a um ganho numérico no IMC e aos maiores riscos de sobrepeso e de obesidade.

Mesmo na vigência de literaturas nacionais como: Giesta *et al.*, (2019); Relvas, Buccini e Venancio, (2019); Brandão, Souza e Passos, (2021) e internacionais, Vandevijvere *et al.*, (2019); Beslay *et al.*, (2020) evidenciando a presença marcante de AUP na alimentação dos infantes, que por sua vez vem a impactar diretamente na sua saúde, o resultado identificado, em nossos estudos, na faixa etária de 24-60 meses, apresentou uma maior porcentagem para o EN eutrófico. Contudo, o segundo valor, não parece estar tão distante, indicando que caso não ocorra mudanças radicais na alimentação dessas crianças e em seu estilo de vida, o EN predominante poderá ser o risco de sobrepeso ou mesmo a obesidade.

4.2 Compreensão das facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mães na oferta da alimentação às crianças

Nessa etapa da pesquisa, a amostra estudada consiste em 16 mães entrevistadas. Foi realizado um levantamento sociodemográfico que possibilitou evidenciar uma média de idade de 31,06 anos, com idade entre 18 a 41 anos, 50%

delas eram casadas e 68,8% declararam ser pardas. No tocante à situação empregatícia, 50% afirmaram estar desempregadas, 37,5% ter um emprego formal e 12,5%, emprego informal. Quanto à renda, 31,2% declararam receber uma renda menor que um salário mínimo, 62,4%, afirmaram receber um salário mínimo e 6,2% receberam dois salários mínimos.

Com relação à escolaridade, 100% afirmaram que frequentaram a escola e sabem ler e escrever; 62,5% asseguram ter o Ensino Médio completo; 6,2%, o Ensino Médio incompleto; 25%, o Ensino Superior completo e 6,2%, o Ensino Superior incompleto.

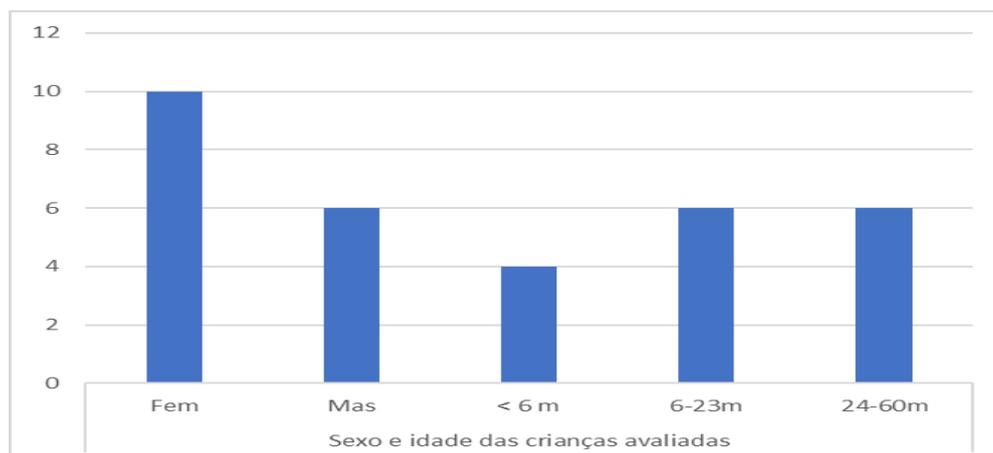
Ao questionar a respeito do horário disponível para cuidar da criança, 81,2% das mães afirmaram ter, disponibilidade durante todo o dia, 12,5% só no período da noite e 6,2% durante a tarde e à noite. Quanto ao distrito sanitário pertencente, 43,8% pertencem ao distrito sanitário IV, 25% ao distrito sanitário V, 12,5% ao distrito I e III e 6,2% ao distrito VI.

Todas as mães entrevistadas afirmaram que realizaram o pré-natal. Mas em relação à quantidade de consultas, 6,4% afirmaram ter realizado 4 consultas, 18,8% 6 consultas, 25% 8 consultas, 12,5% 9 consultas e 18,8% 10 e 11 consultas. As mães foram também questionadas se, no pré-natal, foi falado sobre a importância da oferta do Aleitamento Materno (AM), 62,5% responderam sim, bastante; 18,8% sim, às vezes e 18,8% disseram que não foram informadas.

Quanto à participação em palestras sobre o AM, 56,2% disseram não ter participado e 43,8% ter participado. Em referência à característica do tipo de parto, 56,2% afirmaram ter tido parto normal e 43,8% parto cesáreo. Questionou-se também se a criança mamou, na primeira hora de vida, 75% responderam que a criança não mamou e 25% afirmaram que sim.

Por fim, em se tratando da estratificação da idade e sexo das crianças avaliadas, a figura 1 descreve essas classificações.

Figura 1 – Estratificação da idade das crianças avaliadas. Fonte: autora.



Em seguida, após a leitura crítica e pormenorizada do *corpus* de análise, foi possível organizar 3 categorias centrais que reúnem os significados das mensagens e dos conceitos apreendidos, são elas: Amamentação - suas particularidades e seus determinantes; Início da Alimentação Complementar (AC) e suas modalidades; e A pandemia do Covid-19, como influenciador da rotina alimentar infantil. Cada uma das categorias centrais apresenta subcategorias que funcionam como campo semântico do conceito apreendido.

4.2.1 1-Amamentação - suas particularidades e seus determinantes

Essa categoria reúne as particularidades da amamentação que são situações pormenorizadas e que produziram experiência única para cada mulher. As circunstâncias apresentadas podem ter sofrido influências do meio social e do familiar vividos, como também da educação em saúde, oferecida pelos profissionais de saúde pertencentes às UBS.

4.2.2 Amamentação como primeira opção

Dando início à análise, as mães foram questionadas se amamentaram seus filhos, qual o período de duração e qual a sua opinião a respeito. Foi possível perceber que a maioria delas tinha a amamentação como principal e exclusivo meio de alimentação dos seus filhos, ou tinha o desejo de prosseguir com a amamentação por mais de 6 meses, conforme a recomendação da OMS.

Sim. Continua mamando. Pretendo amamentar ela até 2 anos ou mais. (P1)

Sim. Amamento ainda hoje. Pretendo ir até mais tempo, acho que até dois anos, dois anos e pouco. (P7)

Sim. Eu sigo amamentando. Pretendo amamentar mais, até um ano e meio, dois. Enquanto eu tenho leite eu vou dando de mamar e ele vai comendo as comidinhas que vai fazendo né? (P10)

Entre aquelas mães que declararam não ter amamentado, conforme recomendação ministerial, algumas delas justificaram com causas maternas, enquanto outras justificaram ser essas causas advindas do Recém-Nascido (RN).

[...] Pouco, não mais que dois meses. E mesmo assim não foi amamentação exclusiva. Eu não produzia leite. Eu tentei com a bombinha, fui à maternidade pra ver se eles conseguiam tirar me ajudar de alguma forma mas não conseguia, não produzia leite de jeito nenhum. Eu colocava ele no peito, ficava roxo chorando e não saía leite. (P6)

[...] Até 4 meses. Não achei tempo suficiente. Era pra ter amamentado o certo até o 6º mês de vida né isso. Só que não estava dando pra amamentar ele. Ele chorava muito saía muito pouco. Ai eu tive que passar para o leite. Não saciava a fome dele de jeito nenhum. (P11)

Percebe-se, por meio desses relatos, que, por mais que a amamentação seja um processo natural, nem sempre isso é fácil para a mulher. Mesmo que elas tenham desejado amamentar, e que mais da metade delas tenha buscado saber mais informações sobre o tema, a amamentação é uma experiência individual, e seu manejo deve ser orientado por profissionais de saúde qualificados.

Estudos de revisão e de intervenção no processo da amamentação relatam que o fornecimento de apoio ao Aleitamento Materno (AM) é eficaz, para melhorar as suas taxas a curto e longo prazo, especialmente quando esse apoio é fornecido, continuamente, desde a gravidez. Essa prática é feita também durante o período pós-natal e é fornecido por simpatizantes e por profissionais de lactação, ou também por uma combinação de ambos. (SOUZA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013; VIEIRA *et al*, 2016, NÓBREGA *et al*, 2019).

Indo ao encontro do presente estudo, Prates e colaboradores (2015), em seu estudo qualitativo, que objetivou conhecer a rede de apoio social das puérperas, na prática da amamentação, ressaltam que o convívio familiar, com vizinhas e amigas, tem um papel importante na decisão e na manutenção da prática da amamentação. Tudo isso comprova que o meio onde a mulher está inserida apresenta forte influência sobre esta prática (SOUZA *et al.*, 2019).

Assim, torna-se essencial à mulher que ela possua uma rede de apoio que a incentive na prática da amamentação, e a ajude a driblar os desafios que advêm no dia a dia, buscando, principalmente, evitar a culpabilização por não poder amamentar.

Ainda relacionando as justificativas para a não continuidade da amamentação, relacionada às causas maternas; o retorno ao trabalho e a presença de complicações na gestação, como pré-eclâmpsia, foram fatores que impediram a continuidade dessa prática até os dois anos de idade ou mais da criança.

Eu amamentei ela só até os 6 meses. Assim, era pra amamentar mais né? Mas ai eu trabalhando eu não consegui levar adiante [...] (P5).

Sim até hoje eu amamento ainda, ela está com 5 meses. Sim, pretendo ir até quando der, quanto eu conseguir... porque assim, depois que eu comecei a trabalhar, eu comecei recente, essa semana, ai ela já diminui as mamadas dela, ai com o tempo a tendência é diminuir mais" (P16).

Pretendo amamentar ele até 6 meses porque quero trabalhar. Acho que é tempo suficiente (P2).

[...] Ele só amamentou 20 dias. Não. Porque na minha reta final da gestação eu tive pressão alta sabe? [...] (P9).

Encontra-se bem aludido, na literatura, que uma das causas do desmame precoce, apontado pelas mulheres, é o seu retorno ao trabalho. Uma revisão sistemática que avaliou a associação entre aspectos institucionais e Aleitamento Materno Exclusivo (AME), em mulheres trabalhadoras, concluiu que a associação negativa com a amamentação foi demonstrada em relação ao trabalho em tempo integral (NARDI *et al*, 2020). Assim como, os fatores: não possuir companheiro, possuir trabalho remunerado e ser fumante estiveram associados negativamente à duração do Aleitamento Materno (AM) (FERNANDES; HOFELMANN, 2020).

Nesse aspecto, os relatos encontrados das mães corroboram com a literatura descrita acima, demonstrando que o trabalho enfraquece a amamentação, exigindo delas tempo para essa prática. Assim como, a mãe/mulher/esposa deve priorizar o seu tempo dedicado à amamentação, em detrimento as outras atividades desempenhadas por ela.

Em relação às mães com pré-eclâmpsia, em um estudo de coorte prospectivo, realizado com 168 mulheres, em 2018, constatou-se que puérperas com hipertensão gestacional apresentaram maior dificuldade para a prática do AME precoce e sua manutenção (STRAPASSON, 2018). A Hipertensão e o Diabetes

Mellitus representam fatores de risco para a saúde do binômio, mãe-feto, uma vez que ambos são fortes aliados, durante o período gestacional, para a ocorrência de morbimortalidade perinatal (RODRIGUES, 2019). Dessa forma, não restam dúvidas do quanto que essas comorbidades gestacionais impactam na prática do AM, sendo necessária a prevenção dessas mesmas doenças, durante a realização do pré-natal, a fim de evitar desordens fisiológicas futuras à díade.

Entre as justificativas para a não amamentação, relacionadas ao recém-nascido, a mais apontada pelas mães do estudo foi a prematuridade.

Eu só amamentei ela por um mês. Não achei tempo suficiente, porque ela nasceu prematura, ela nasceu de 7 meses, ela foi pra UTI neonatal, ai ela não podia mamar, ai eu tirava o leite. (P14)

[...] Quando ele nasceu ele foi direto pra UTI, ficou 30 dias. Eu só tirava o leite do peito e levava lá, não ficou direto comigo sabe?! E depois que chegou em casa ele não pegou o peito [...]. (P15)

Concordando com o discurso acima, Briere et al., (2016) exploraram a relação entre a amamentação direta, na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), e a duração da amamentação após a alta. Relataram também que o início tardio da amamentação e o afastamento da mãe do bebê, durante a permanência na UTIN, foram relacionados a desfechos comprometedores para a amamentação, principalmente quando são ofertadas fórmulas lácteas.

No passado, devido à escassez de recursos, era comum o compartilhamento de incubadoras entre dois ou mais Recém-Nascidos (RNs) causando, assim, altos índices de infecção cruzada. Além do mais, elevadas taxas de abandono materno foram ocasionadas pelo não estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, gerado pelo afastamento deles em internações prolongadas. Por conta disso, em Bogotá, na Colômbia, foi idealizado o Método Canguru (MC), que consiste em manter o Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT), após estabilização clínica, entre os seios maternos, em contato pele a pele, na posição supina, mantendo-o aquecido pelo calor de sua mãe, pelo maior tempo que fosse possível. Tudo isso possibilitava a alta precoce da criança, devido ao uso das incubadoras, por menor tempo, e por uma maior aproximação entre a díade (CHARPAK 1999; ALVES et al, 2020).

Segundo o MS, a entrada de um RN em uma UTIN acontece devido a diversas complicações. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao

nascer e as infecções. Além disso, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos e de dificuldades para se alimentar e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2013).

Foi sob a perspectiva de minimizar os efeitos negativos da internação neonatal, que afeta tanto os bebês quanto as suas famílias, é que a Área da Criança/ MS adotou o MC como uma Política Nacional de Saúde, inserida no contexto da humanização da assistência neonatal. Esse método foi lançado por meio da Portaria no 693, de 5 de julho de 2000, assim como a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru) foi atualizada pela Portaria no 1.683, de 12 de julho de 2007. Esse mesmo método abrange questões como: os cuidados técnicos com o bebê, como sendo (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com a luz, com o som e com a dor); assim como o acolhimento à família; como também a promoção do vínculo entre o binômio mãe/ bebê e do aleitamento materno; por fim, o acompanhamento ambulatorial após a alta (LAMY et al, 2005; BRASIL, 2013).

Nesse contexto, Alves *et al.*, (2020) verificaram se o MC, conforme instituído no Brasil, desde a primeira etapa até o acompanhamento ambulatorial, tem influência sobre o aleitamento materno. Eles concluíram que o MC, nos Recém Nascidos Pré-Termo (RNPT), teve influência positiva sobre o AM e no estabelecimento de vínculo entre a díade mãe e filho. Ademais, Nunes *et al.*, (2017) afirmam que a posição adotada por esse método foi apontada como favorecedora de trocas iniciais de contato, entre o filho pré-termo e a mãe, sugerindo maior estado de alerta e melhor disponibilidade do RN para interações durante a amamentação, favorecendo, dessa forma, um melhor desenvolvimento dessa criança.

Observe-se que as mães desse estudo não mencionam, em nenhum momento, em seus discursos, o MC, de modo que se conclui que elas mesmas e seus filhos não foram beneficiados pelo método. Logo, a ausência desse método pode ter influenciado negativamente no início e na permanência da amamentação das entrevistadas com seus filhos.

4.2.3 O desejo de amamentar

Após investigar junto às entrevistadas, quanto ao desejo de amamentar, muitas declararam ser desejosas dessa prática, natural e imprescindível, à saúde da criança.

Muito. Porque eu sempre sonhei em ser mãe [...] eu gostaria muito de ter amamentando mais [...]. (P6)

[...] Os meus dois filhos eu quis muito amamentar e graças a Deus eu tive essa experiência. É uma experiência que se toda mãe soubesse, tanto você se sente mais próximo do seu filho, como você sabe os nutrientes e a importância que é a amamentação para o bebê. (P3)

Observa-se, também, que uma experiência anterior positiva com a amamentação fortaleceu a sua prática.

Sim. Porque veio da minha primeira filha. Quando eu tive ela a mais velha eu não consegui amamentar de imediato, e eu tinha vontade, ela tomava no copinho. Foram 7 dias sem amamentar e os seios virando pedra, doía bastante, eu chorava. Até que depois dos 7 dias ela amamentou. Aí foi uma experiência boa, eu gostei e disse quando eu tiver outro filho eu amamentaria novamente, e deu certo, quando saiu já foi logo mamando. (P 12)

Nesse contexto, Rocha *et al.*, (2010) relatam que o desejo de amamentar, durante a gestação, contribui para o sucesso do AM. Mc Innes, (2001); Fernandes e Hofelmann (2020) concluíram, em seus estudos, que a intenção de amamentar por mais de 24 meses foi mais frequente entre as gestantes com experiência prévia em amamentação prolongada, corroborando com a fala relatada acima. Contudo, a intenção de amamentar por menos de 6 meses esteve associada ao fato de não ter companheiro, de ser fumante e de exercer trabalho remunerado.

Assim, o desejo de amamentar é um sentimento construído ao longo da vida da mulher e antecede à prática da amamentação, o que faz com que esse sentimento seja preditor para a amamentação acontecer (VIEIRA *et al.*, 2016; FERNANDES; HOFELMANN, 2020). Pois, quando não se deseja amamentar, não se faz necessário buscar informações a respeito dessa prática, cuja tese já está formada em seu íntimo. Mas quando esse sentimento floresce, o interesse pelo tema surge e a busca por mais informações sobre ele acontece, seja por meio de grupos de apoio, seja através dos livros, ou por outros meios de informação.

No estudo, apenas uma mãe respondeu não ter desejado amamentar seu filho por questões pessoais, não se dispondo a detalhar as razões do não desejo da amamentação.

Não. Assim é mais por coisas pessoais que eu vinha passando que eu não queria amamentar ela. (P5)

Atualmente, a sociedade contemporânea impõe às mulheres a tarefa de nutrir e cuidar da criança que geraram, como sendo o único ser capaz e o único responsável para tal ofício. Giordani e colaboradores (2018) concluíram, em seu estudo, que ser mãe e amamentar não são papéis sociais fixos que as mulheres se apropriam naturalmente e reproduzem harmoniosamente. São, antes, desafios e demandas construídas socialmente que envolvem ressignificação, conflitos e redefinição da sua identidade social.

Além do mais, sabe-se que o processo gestacional provoca nas mulheres diversas mudanças, nas esferas: fisiológica, psicológica, sexual e social. (FLORENCIO *et al.*, 2012). Devido a essas circunstâncias, a mulher/mãe não pode ser vista, apenas, como a única pessoa capaz de nutrir sua criança, por meio da amamentação, mesmo sabendo que essa é a melhor opção para o binômio, mãe e filho, de acordo com as recomendações dos órgãos competentes de saúde. Ela precisa ser ouvida, entendida e aconselhada por profissionais capacitados para que, ambos, futuramente, não venham a sofrer consequências em sua saúde.

Contudo, amamentar é um direito da mulher, lembrando que ela é dona dos seios que irá alimentar o filho, e decide o que é melhor para si (LEITE *et al.*, 2016). Assim, devido a esse cenário, o desejo da mulher em querer amamentar ou não seu filho precisa ser respeitado. Como também, ela precisa ser assistida e compreendida como um indivíduo completo, complexo e não fragmentado, pois o seu papel de mãe não significa anular todos os demais papéis e funções por ela exercidos na sociedade. Ao contrário, é fundamental reconhecê-la como mulher, esposa, mãe, educadora e cidadã, com direitos sexuais e reprodutivos (FLORENCIO *et al.*, 2012).

4.2.4 A atuação dos profissionais de saúde como fator determinante para o sucesso da amamentação

Percebe-se que, além do desejo de amamentar, outros fatores são determinantes para a prática do AME. As entrevistadas aludiram, em seus discursos, que a postura do profissional de saúde e a forma como o serviço assistencial está organizado, para lidar com essa questão, influencia, significativamente, essa prática.

Sim. Porque eu conversei com a enfermeira e ela me falou das coisas boas que tinha da amamentação, aí foi quando eu decidi amamentar ele [...]. (P13)

[...] Foi a gravidez todinha eu sempre, assim, participei de alguns grupos do PSF daqui que tinha a cada 15 dias de gestantes, com algumas meninas lá da UFCG. E a gente falava muito sobre esse assunto né? Era um dos assuntos que a gente trabalhava mais, e eu sempre falava do desejo de tê-lo de amamentar até quando eu pudesse, até quando ele quisesse. (P9)

Vieira *et al.*, (2016), em sua revisão sistemática sobre a intenção materna de amamentar, sumarizam que o suporte de profissionais de saúde, assim como o seu apoio emocional e a sua orientação, do ponto de vista prático, sobre as técnicas da amamentação, são fundamentais para a construção dessa IA.

Reforçando o exposto acima, Carrascoza *et al.*, (2011) caracterizaram e analisaram a percepção de mães que amamentaram seus filhos até que esses completassem seis meses de vida, em relação à prática do AM. Eles concluíram, em sua análise, que a participação das mães em um programa de incentivo ao AM fez com que elas adquirissem um repertório comportamental favorável a essa prática e percebessem a amamentação como positiva para a díade, mãe-criança.

Além disso, uma revisão de literatura concluiu que o principal papel dos profissionais de saúde é fornecer conselhos, orientações, informações sobre AM, esclarecimento de mitos, incentivo à amamentação até os 6 meses, além da ajuda direta na amamentação (ROCCI; FERNANDES, 2014). Corroborando com o exposto, um outro estudo avaliou as orientações dadas sobre amamentação na atenção básica e sua associação com o AM. Concluiu-se que receber orientação sobre o AME contribui para a permanência dessa prática, assim como, orientações e práticas inadequadas se associaram a uma menor prevalência do desfecho (ALVES, OLIVEIRA E RITO, 2018).

Esta última evidência robustece os achados encontrados em nossos estudos, tendo em vista a ausência de relatos das entrevistadas sobre as ações de promoção do AM e da AC. Fatos, assim, chamam a atenção para a relevância que o trabalho desempenhado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possui, tanto aquele relacionado à saúde da mulher e a da criança, como também aquele relacionado à assistência nutricional desses infantes.

Assim, é perceptível uma fragilidade do sistema de saúde, em relação à criança, do município pesquisado, mostrando a necessidade de uma certificação na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB), considerando que essa é a mais atual política pública que objetiva qualificar as ações de promoção do AM e da AC saudável, para as crianças menores de dois anos de idade; assim como visa aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do AM e da AC, como atividade de rotina das UBS.

4.2.5 O conhecimento materno sobre os benefícios do AM e AME

Ao questionar as entrevistadas sobre o conhecimento dos benefícios do AM para a criança e para a mãe, elas associaram essa prática à prevenção de doenças para ambas. Houve também uma valorização da proteção imunológica e do fator nutricional para a criança e, para a mãe, foi reconhecida a proteção contra o câncer de mama e o aumento do vínculo entre a díade, mãe/filho.

Sim. Pra criança evita eles ficarem muito doente. Eles pegarem muita doença. Pra mãe tem benefício, mas eu não estou lembrando qual é não. (P10)

Eu vi que para mãe evita sabe? Não total mais evita ter câncer de mama. E pra criança é vida pra ela né? É muitos benefícios pra criança previne algumas doenças. Porque no meu primeiro menino ele só amamentou até os 3 meses só, e eu percebi que ele só vivia gripadinho, a imunidade muito baixa, já nesse menino agora a imunidade dele não é muito baixa, pra ele ficar gripado é raridade. (P13)

Porque a amamentação é importante tanto para imunidade. Por exemplo, o meu mais velho: eu o amamentei nunca esteve doente, fora a questão nutricional que vale a pena né? Nunca a fórmula vai ser igual ao leite materno. (P1)

Os dados do presente estudo se assemelham ao estudo de Almada e Fernandes (2018), que analisaram se o desmame precoce influenciava na saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade. Os autores concluíram que as crianças que

receberam o AME até os seis meses de idade possuem uma qualidade de vida melhor, ao passo que as que foram desmamadas precocemente ou receberam outra alimentação antes do período ideal, foi observado, nelas, uma saúde mais frágil.

Percebe-se, também, que as mães apresentam um conhecimento razoável da complexidade de benefícios que o LM pode trazer para a vida do binômio, mãe e filho, quando comparado aos inúmeros benefícios citados na literatura já apresentada, deixando claro que essas mães apresentam lacunas em seus conhecimentos sobre o tema aludido.

4.2.6 (Im) compreensão do que é AME

As mães foram questionadas sobre o que elas entendem do termo “Aleitamento Materno Exclusivo” (AME). Apenas algumas, entre as entrevistadas, compreendem AME, declarando conhecer alguns conceitos.

Exclusivo que seja somente leite materno, sem fórmula, sem chá sem nada. Somente o leite materno até os 6 meses. (P1)
É só a amamentação né? O peito, só o leite do peito. É só ele, não tem fórmula. É só quando o bebê mama no peito. (P8)

Entretanto, grande parte da amostra revelou não saber o significado do AME, associando o termo indagado aos benefícios que esse aleitamento produz no organismo infantil.

O que eu entendo é que a criança não adoce com muita frequência né? Tem as vitaminas, as substâncias. Ajuda também na dentição da criança. Tem muita importância. Ajuda em muitas coisas. (P3)

Mulher...pouco (risos) eu entendo que é muito bom para a criança, pra o desenvolvimento dele, pra o crescimento [...]. (P11)
Não entendo muito não. (P13)

Os dados encontrados podem ser responsáveis, talvez, tanto pela falta de informação, fornecido pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) às gestantes, quanto pela falta de interesse delas em buscar mais conhecimento sobre a complexidade do mundo gestacional. Dessa forma, diferentemente do que foi encontrado em nosso estudo, Moura *et al.*, (2017) reconhecem que as mães do seu estudo sabem o significado do AME. Contudo, quando indagadas sobre os benefícios desse alimento, algumas ficaram inseguras em identificá-los, e outras

ainda compreenderam a importância desse nutriente para a mãe e para o filho, sendo capazes de identificar suas vantagens.

Além do mais, Maciel *et al.*, (2013) finalizaram, em suas discussões, que as mães avaliadas apresentaram conhecimento sobre definição, tempo e benefícios do AME, no entanto, apresentam fatores que favorecem o desmame precoce. Assim, indo ao encontro dos dados encontrados, Carvalho *et al.*, (2016) concluíram, em seu estudo longitudinal, que o grau de conhecimento das mães, quanto ao AME, foi de 21,20%, considerado um conhecimento bom; de 66,70% um conhecimento regular, e de 12,10%, um conhecimento considerado insuficiente.

Nesse contexto, o resultado encontrado na presente discussão deixa claro, mais uma vez, a importância que os profissionais da APS têm sobre o conhecimento em saúde dos seus usuários. Esses profissionais, com o apoio da comunidade, com o dos conselhos de saúde e com a articulação com outros setores da sociedade, podem ser atores ativos de políticas públicas que propiciem a prática do AME, por 6 meses, e continuado, por 2 anos ou mais com AC saudável, considerando as identidades culturais, regionais e locais (BRASIL, 2015a).

No entanto, é importante considerar o nível de alfabetização dos usuários, em especial, das gestantes e puérperas, pois, em se tratando de um nível baixo de alfabetização, estratégias devem ser elaboradas, por esses profissionais para que esses ensinamentos sejam compreendidos. Já para um nível médio ou alto de alfabetização, é possível utilizar uma estratégia aliada à literatura disponível na internet, que seja oportuna, apropriada, confiável, segura e relevante, exceto para alguns grupos de pessoas que não dominam essa tecnologia (MENDES, 2012).

Um exemplo de literatura confiável são os guias alimentares, eles são organizados pelo MS e estão disponíveis na internet. Eles são considerados uma ótima opção para ampliar a autonomia dos familiares, fazendo com que esses se tornem empoderados de conhecimento e, assim, possam utilizá-lo para tomar melhores decisões quanto aos hábitos alimentares. Desse modo, o uso dessa ferramenta tem contribuído significativamente para o aprendizado dessas usuárias.

Levando em consideração o exposto acima e objetivando uma eficácia na aprendizagem, é importante ressaltar que, de acordo com Santos (2021), o processo de educação é contínuo e necessita de esforços de ambos os lados. Assim, a responsabilidade do profissional na educação em saúde não exime a dos usuários, pois, além das informações recebidas nas UBS, é importante que esses usuários

busquem por mais informações e dialoguem com o profissional de saúde, objetivando sempre por mais conhecimento, e que esse venha a impactar na sua situação de saúde.

Por fim, o que as evidências demonstram é que a assistência prestada pela APS às puérperas na primeira semana após o parto, promove a construção de um vínculo entre família e a equipe de saúde, proporcionando melhores resultados a respeito das práticas de alimentação infantil, como AME, Aleitamento Materno Complementado (AMC) e AC (RELVAS; BUCCINI; VENANCIO, 2019).

4.2.7 A oferta do LM e seus tipos

Em relação a oferta do LM, as mães foram interpeladas sobre como acontecia essa oferta. Grande parte da amostra respondeu que oferecia da forma: livre demanda.

Eu não tinha muito essas coisas de especificar horário não, se eu falar a senhora que eu tinha. Eu não olhava horário. Eu dava muito o peito. Se chorava eu dava o peito, eu dava muito o peito. E durante esses 6 meses só foi peito mesmo. (P5)

Sempre estava dando de mamar, sempre, sempre, sempre. Não tinha só aquele horário regrado de 3 em 3 horas. Eu sempre dei quando o bebê queria e pronto, eu já dava. (P4)

A livre demanda. É tudo peito toda hora. (P2)

O Ministério da Saúde recomenda a oferta do LM em livre demanda (BRASIL, 2019a). Ademais, em um estudo retrospectivo, foi possível concluir que a prática do AME, sob livre demanda, foi favorecida pela realização prévia de treinamento à gestante (SILVA *et al.*, 2017). Porém, no estudo de Rocha *et al.*, (2018), que objetivaram explorar, entre nutrízes, as vivências positivas e negativas na realização da prática da amamentação exclusiva, percebeu-se que o fato da mãe está disponível sempre que a criança demonstrar sinais de fome, buscando garantir sua nutrição, foi visto como desestimulante pela mulher, impossibilitando-a de se distanciar da criança, privando-a de ter sua própria liberdade. Como consequência disso, o cansaço advindo da prática do AME é apontado como um dos motivos para o desmame precoce.

Dando seguimento a essa discussão, as mães foram questionadas sobre o tipo de AM ofertado, sendo predominante, na amostra, o AME até os 6 meses de idade da criança, e o AMC após os seus 6 meses.

O leite materno foi exclusivo até os 6 meses. Depois dos 6 meses é que eu comecei a oferecer água a ela. Porque na verdade o leite materno não precisa da água, já tem as substâncias completas né? (P3)

[...] Nem água eu dei a ela até os 6 meses. Porque me indicaram que o certo era só o leite materno até os 6 meses. (P7)

[...] Só depois que ela começou a introdução que eu comecei a introduzir água. Antes disso não. (P12)

[...] Até os 6 meses não. Mas depois eu comecei a dá água, suco. Eu dava suco a ela. Essas coisas. (P5)

Indo de encontro aos discursos supracitados, Ferreira *et al.*, (2018), que objetivaram verificar a associação entre variáveis maternas e AME, em um ambulatório especializado no estado do Ceará, Brasil, concluíram que o AME tendeu a decrescer nos primeiros 6 meses de vida da criança, demonstrando que o período preconizado pela OMS ainda é um desafio a ser atingido. Alves, Oliveira e Rito (2018), em seu estudo transversal, concluíram com suas discussões, que uma renda materna < 1 salário mínimo (RP = 0,77), a experiência prévia em amamentar por menos de 6 meses (RP = 0,73), o fato de não viver com o companheiro (RP = 0,76), a não amamentação exclusiva na alta hospitalar (RP = 0,78), o consumo de bebida alcoólica (RP = 0,57), a orientação sobre o uso de bombas para ordenha das mamas (RP = 0,53), o uso de chupeta (RP = 0,74) e a idade crescente do bebê em meses (RP = 0,78) estiveram associados negativamente ao AME. Porém, o fato da mãe receber orientação sobre AME, na UBS, se associou positivamente ao desfecho (RP =1,32) da pesquisa supracitada.

Entretanto, em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, encontrou-se uma prevalência de AME de 50,1%. Sendo a responsável por esse resultado a licença maternidade, fato esse que contribuiu para que essa prática ocorresse efetivamente em crianças menores de 6 meses (RIMES, OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2019).

Apesar disso, algumas nutrizes admitiram o Aleitamento Materno Misto ou parcial até os 6 meses de vida da criança.

Sim. Eu ofertava o leite de fórmula, suplemento porque e também dava água, porque mesmo antes dos 6 meses porque não fazia a amamentação

exclusiva ai como ele tomava suplemento ai a médica pediu para que eu desse água também. (P6)

Eu dava o leite do peito, a fórmula e água. (P 11)

Quando ele começou com a fórmula eu comecei a dar água. Porque eu acho que a fórmula por ser uma coisa química né, não ser natural, eu acho que tem açúcar e que ele necessitava [...]. (P 15)

Os impactos na saúde da díade, mãe e filho, referentes ao não seguimento das recomendações ministeriais, relacionadas ao AM, já são bem expressivas na literatura. Além disso, quanto mais precoce for a introdução de leite não materno, maior será a correlação dessa prática com o excesso de peso da criança na idade pré-escolar (NASCIMENTO *et al.*, 2016; UWAEZUOKE, ENEH, NDU, 2017; LOPES *et al.*, 2020).

4.2.8 Dificuldades encontradas na continuidade do AM

Houve também, na amostra investigada, o aparecimento de dificuldades relacionadas à amamentação, reforçando a presença de mitos e crenças. São essas crenças que reforçam a tendência ao desmame precoce, como por exemplo: o bebê chorava, ficava roxo, não tinha paciência de puxar o leite, e também o uso de mamadeira, concomitantemente, à amamentação.

[...] quando ele chegou em casa ele não tava mamando, tava se acordando com muita fome, ficava roxo chorando. Ficava no peito mais ficava chorando, ai eu comecei a dá o suplemento o médico me indicou que foi o [marca comercial], ai ele tomou até um ano o [marca comercial]. (P6)

[...] ele não tinha a paciência de puxar o leite, por mais que demorou, mas se ele tivesse tido a paciência como eu induzi bastante pra que ele amamentasse eu teria tido leite suficiente pra amamentar ele. Porque teve dias que o leite escorria, quando eu ia tomar banho, mas por ele ser um pouco impaciente ele não puxava, puxou algumas vezes, mas aí já perdia a paciência começava a chorar era aquele aperreio aí eu acabava e dava a mamadeirinha a ele. Na primeira semana era só peito, mas na segunda semana era peito e mamadeira. Eu dava duas mamadeiras por dia e o resto era peito. Assim quando eu comecei dá o outro leite eu comecei a dá um pouquinho de água sabe? Ai outra coisa que eu comecei a dá a ele e ele gostou e ainda hoje ele gosta é chá, um chazinho. (P9)

Quando ele chegou em casa eu tentei amamentar ele, ficava intercalando entre o peito e a formulazinha com a mamadeira. Cheguei até a tomar medicação para estimular o leite mas não resolveu também não. Tentei até mais ou menos 15 dias, aí depois ficou só no leite sem ser no peito. (P15)

Muitas das vezes, o fato de o bebê chorar ou demonstrar outras reações de insatisfação dele, foram vistos no discurso como elementos fragilizadores da amamentação. Esse fato não significa que a criança está com fome. Ela pode estar sentindo frio, calor, necessidade de colo, ou por e vários outros motivos. Com o tempo, a família será capaz de reconhecer esses sinais. Essas situações elencadas pelas mães são problemas relacionados à amamentação, já previstos nos manuais do MS, inclusive com o manejo adequado a ser realizado pelo profissional de saúde nas famílias assistidas por ele. Além do mais, são materiais fáceis de serem encontrados, através do site do MS, pois, caso a população deseje por informação de qualidade, essa é de livre consulta ao público.

Barbosa, Vasconcelos e Gomes (2020) relataram, em seu estudo, que os principais obstáculos apresentados na prática do AM são decorrentes das crenças e mitos que se enraizaram na sociedade, principalmente sobre a produção do LM. Outras intercorrências identificadas são os traumas mamilares e o ingurgitamento mamário.

Wagner *et al.*, (2020) descrevem que as famílias, com bebês que apresentam choro excessivo, percebem que esses possuem uma tendência maior a desmamarem precocemente, devido às percepções de fome e da insuficiência de leite que as mães possuem.

No que diz respeito aos mitos e crenças, algumas questões merecem esclarecimentos. Em primeiro lugar, o MS explicita que não existe leite fraco. Toda mulher é capaz de produzir LM adequado, possuindo calorías, gorduras, proteínas, vitaminas, água e outros nutrientes essenciais, na dose certa, para o crescimento e o desenvolvimento adequado das crianças. Ainda é sugerido que essas crianças sejam expostas ao sol, a fim de completar os nutrientes do LM, com o estímulo à produção da vitamina D (BRASIL, 2015a).

Em segundo lugar, não existe a produção de pouco leite. Esse fato, mencionado nos discursos acima, foi atribuído a um dos motivos de iniciar a complementação precoce com fórmula infantil, e também sugere uma insegurança materna quanto a sua capacidade em nutrir plenamente a sua criança.

Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes sejam interpretadas como sinais de fome. É válido lembrar que o estômago do RN é bem pequeno, não comportando uma grande quantidade de leite, neste início de vida. Sendo assim, a quantidade de

nutrientes do colostro, de calorias, de lipídios, de proteínas e de lactose apresentam-se em quantidades menores, comparadas ao leite maduro que se manifesta, em média, do 26º ao 29º dia da amamentação (BRASIL, 2019a).

Por último, a proteína contida no LM é a lactoalbumina, considerada de fácil digestão, quando comparada a do leite de vaca, a caseína, essa de difícil digestão à espécie humana (BRASIL, 2015b). Dessa maneira, tudo isso esclarece o porquê da necessidade da criança mamar várias vezes ao dia e à noite, desfazendo o mito do pouco leite ou do leite fraco.

Diante desse contexto, há práticas que devem ser evitadas pelas mães, pois essas prejudicam, por um lado, a amamentação e, por outro, favorecem o aparecimento precoce da síndrome metabólica. Práticas essas que são: dar outros leites ou fórmulas infantis para complementar o LM, introduzir os alimentos sólidos ou pastosos à alimentação infantil antes dos 6 meses de idade, oferecer a essa criança mamadeira e chupeta, fumar durante a amamentação, usar medicamentos por conta própria e ingerir bebidas alcoólicas (ALVES; OLIVEIRA E RITO, 2018; WAGNET *et al*, 2020; BRASIL, 2019a).

Dessa forma, uma das maneiras de evitar que as puérperas enfrentem as dificuldades já mencionadas é o seu acompanhamento, por parte dos profissionais das UBS. Esses devem visitá-las na primeira semana após o nascimento do bebê, conforme recomendação ministerial, objetivando ratificar as informações já mencionadas nas consultas de pré-natal ou nas oficinas de amamentação (ALVES, OLIVEIRA E RITO, 2018).

À vista disso, algumas situações como uma pega inadequada; o oferecimento de mamadeira, bicos de silicone ou chupeta; o não posicionar a criança corretamente; uma mama muito grande, muito cheia e empedrada; um mamilo invertido, protuso ou muito plano; a presença de frênulo lingual curto em grau avançado; tudo isso pode influenciar a saída do LM à criança (BRASIL, 2015a). E quando a mãe não é orientada sobre as possíveis dificuldades que ela poderá encontrar na amamentação, o caminho mais fácil e identificado por essa mãe é a suplementação com fórmula infantil, como é constatado nos relatos do presente estudo.

Por último, as entrevistadas foram indagadas a relatar os impasses vivenciados com a amamentação e, também, se receberam orientações para superar esses desafios. Dessa forma, as fissuras no bico do peito, o estresse

demasiado e o parto cesáreo foram relatados por elas como problemas vivenciados, tornando-se, esses, fragilizadores da amamentação. Sobre as orientações recebidas, a experiência da primeira gravidez e a assistência prestada pelos profissionais da maternidade, essas foram vistas como fortalecedoras da amamentação.

[...] Nos primeiros 15 dias ele feriu um pouco mais também não atrapalhou eu continuei amamentando normal. Nenhuma orientação, foi somente a experiência da minha primeira gravidez [...]. (P8)

Eu tive sim problema. O bico do peito feriu, aí na maternidade mesmo eles me falaram que era porque eu não estava conseguindo colocar direito ela. Quando eu consegui, aí normalizou. (P3).

[...] Eu não sei se isso tem muito haver, mas tinha muito o sonho de parir meu filho de forma natural, mas aí infelizmente eu não consegui. Tentei a indução, passei 2 dias em trabalho de parto, tomando comprimido, mas aí depois que terminou o tratamento que foram 8 comprimidos, aí eu não consegui ter dilatação. Eu já tinha feito 41 semanas aí tive que ir pra fazer o parto e também eu entrei pra ter bebê com a pressão alta, aí por isso que teve que fazer o parto cesáreo. Quando eu tava na mesa de cirurgia aplicou duas anestesia e não pegou, só na terceira que pegou [...]. (P6)

Eu acho que eu tive muito estresse, essas coisas sabe? Tive uma criança de 7 meses sabe? Tive um parto complicado. Aí assim eu tive muito estresse pós parto né? Acho que isso dificultou também. Lá na maternidade eles deram apoio lá pra gente, mas não saía leite. Foi o técnico de lá. (P14)

Identifica-se, por meio dos discursos acima, que uma experiência anterior positiva com a amamentação é fator protetor para a amamentação subsequente acontecer. Em relação ao tipo de parto, e corroborando com as falas supracitadas, Ramalho *et al.*, (2019) relatam, em seu estudo, que o parto cesariano é fator de risco para a não ocorrência da amamentação na primeira hora de vida, podendo interferir na continuidade dessa amamentação. Pois é no período pós parto imediato que o RN está mais apto para estabelecer a amamentação, tendo habilidade para rastejar em direção à região mamilo-areolar e sugar espontaneamente nos primeiros 60 minutos. Após esse período, muitos RN entram na fase do sono, prejudicando a amamentação.

Já em relação ao estresse vivenciado no pós-parto, é perceptível uma associação com o desmame precoce, pois a ansiedade, aliada ao estresse, produzem respostas psicológicas, interferindo na lactação, por meio de uma desregulação na produção dos hormônios envolvidos na produção e composição do LM. Essa situação expõe, prematuramente, a criança a um padrão alimentar não idealizado pela OMS e UNICEF (WAGNER *et al*, 2019; ALVES *et al.*, 2020).

Assim, esclarecer as gestantes sobre os tipos de parto e o processo da amamentação, são temas essenciais que não podem ser omitidos pelos profissionais da APS, nos diálogos e oficinas de educação em saúde. Pois o não esclarecimento dessas práticas podem favorecer o aparecimento de agentes prejudiciais à saúde materna e à do RN. Um desses agentes é o não oferecimento do LM ou, talvez, também haja a interrupção precoce da amamentação em detrimento a outros alimentos inadequados.

Além do exposto acima, outras mães encontram dificuldades para realizarem a amamentação, em virtude de vivermos em uma sociedade sexista e misógina, dominadas pelas perspectivas e normas oportunizadas e performatizadas pela masculinidade e por algumas feminilidades. Objetivando suprir as necessidades nutricionais dos seus filhos, muitas mulheres necessitam amamentar esse infante em diversos locais, como: nas praças, nos pontos de ônibus, nos parques e etc. E devido a essa prática, infelizmente, muitas lactantes são vítimas do preconceito exteriorizado por essa sociedade preconceituosa (GOMES, 2017).

A Constituição Federal de 1988 retrata que o bebê, desde antes do seu nascimento, é um sujeito de direitos, cabe ao Estado, à família e toda a sociedade garanti-los. Dentre eles, estão: o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, bem como à proteção contra qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Por isso, é direito da criança ser amamentada, e cabe ao Estado, à família e à sociedade garantirem o cumprimento desse direito.

Além do mais, o direito à amamentação é garantido a lactentes seja em qual espaço for, público ou privado, através da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa Lei relata que: “É assegurado à lactante o direito de amamentar a criança em todo e qualquer ambiente, público ou privado, ainda que estejam disponíveis locais exclusivos para a prática”. Quem proibir ou constranger as que decidirem alimentar seus filhos terá que pagar multa.

Em vista disso, a mulher não deve ser recriminada por esse ato de carinho, cuidado e amor realizado em locais públicos. Pois, da mesma forma que os adultos necessitam e realizam a sua alimentação em domicílio ou em ambientes públicos, e não sofrem nenhum preconceito sobre o assunto, a mulher tem o direito de realizar

essa prática onde e como quiser, uma vez que seu único objetivo é nutrir e hidratar a sua criança.

4.2.9 2-Início da Alimentação Complementar (AC) e suas modalidades

Essa categoria mostra o conhecimento das mães sobre a AC ofertada aos seus filhos, detalhando os alimentos oferecidos. Mais também expõe a realidade do consumo dos AUP pelas crianças, destacando o porquê da sua oferta, tal como a sua opinião em relação ao seu consumo.

4.2.10 As certezas e incertezas na AC

As mães foram indagadas, nas entrevistas, sobre quando iniciar a AC. Devido a uma experiência positiva das mães com a amamentação, percebeu-se que elas reconhecem o período correto de introduzir a AC. Elas, por sua vez, também admitem que a sua oferta precoce desses alimentos está associada à manifestação de doenças nas crianças, um conhecimento que está intrinsecamente ligado ao discurso biomédico.

Assim, nos meus outros dois filhos eu comecei a dá a partir dos 6 meses, os outros dois foi com a médica aí ela sempre mandava começar a dá com 6 meses uma frutinha. Porque é quando eles começam a digerir uma coisinha, porque no começo assim eles só mamam, o leite dá pra eles irem se sustentando, mas se der outra coisa pode dar algum problema no intestino da criança. (P10)

A partir de 6 meses. Porque foi a orientação que recebi que foi após os 6 meses que podia começar a introdução. Porque é quando a criança...o leite já não supri todas as necessidades da criança. (P6)

Seis meses [...] porque antes disso a criança não demonstra os sinais de prontidão, como: sentar e se você der antes disso a criança vai engasgar, risco de ter futuras doenças é maior né? Como: diabetes, obesidade e por aí vai. (P1)

De acordo com as mães, a oferta precoce da AC está associada a problemas no intestino da criança e ao surgimento de doenças, como a diabetes e a obesidade. Pereira, Alfenas e Araújo (2014), Rocha *et al.*, (2018), Benvindo *et al.*, (2019) corroboram com esses discursos supracitados, relatando que o LM produz inúmeros benefícios à saúde da criança, como: uma vida saudável, a prevenção de doenças, uma nutrição completa e a promoção do crescimento e do desenvolvimento

adequados. Todavia, a ausência do AM é um fator de risco modificável para o diabetes tipo 1 e 2.

Por outro lado, algumas entrevistadas não souberam relatar o período correto para iniciar a AC, ou tiveram dúvidas sobre quando iniciá-la, associando o início precoce dessa alimentação à necessidade de trabalhar.

Não, eu me baseio nessa dos 6 meses mas não sei se é o correto ou não. Porque eu acho que antes eles são muito bebê possa ser que aconteça de comer, porque com a minha primeira eu comecei com 4 meses a introduzir devagarzinho os alimentos porque eu precisei trabalhar [...]. (P12)

É que eu leio muito, acompanho vídeos, mas eu sei que é a partir do 6º mês. E eu gostaria de ter feito isso. Só que devido eu precisar voltar a trabalhar, então eu levei ela pra pediatra e ela já introduziu o complemento, a fórmula, ou a frutinha, essas coisas assim. (P16)

Eu acho que é a partir do 5º mês, foi quando a gente começou aqui. (P15)

Corroborando com os discursos acima, Lima e colaboradores (2018), Wagner *et al.*, (2020) e Gomes *et al.*, (2020) concluíram, em seus estudos, que a volta ao trabalho contribui para o início precoce da AC e da introdução de leite artificial na dieta da criança. Além do mais, Gênio, Marques e Machado (2020), em sua revisão de literatura, que objetivou avaliar como são realizados o AM e a introdução da AC, no Brasil, apontaram, em suas discussões, que a AC da sua amostra é feita antes dos 6 meses de idade do infante e, além disso, essas crianças também receberam AUP.

Mesmo existindo, no Brasil, políticas de extensão da licença maternidade de 4 para 6 meses, sabe-se que nem todas as mães são beneficiadas, resultando, por isso, na introdução precoce de alimentos à criança, visto que nem todas elas conseguem manter o AME por conta do trabalho (WAGNER *et al*, 2020).

Assim, a OMS afirma que a AC, iniciada antes dos 6 meses, traz diversas consequências à saúde do infante, haja vista que é, após os 6 meses de idade, que o organismo da criança está pronto para o processo de transição, que seja do AME para a ingestão de alimentos consumidos pela família. Ela ainda reconhece que uma AC, baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados, é essencial para o crescimento e o desenvolvimento infantil adequados (WHO, 2019).

Quando questionado às mães o porquê da introdução da AC as suas crianças, aos 6 meses de idade, algumas associaram ao desenvolvimento físico, cognitivo e motor dessa criança. Outras não souberam responder.

Assim, eu acho que é com 6 meses, depois dos 6 meses começa a introdução alimentar. Eu acho que é porque a criança começa a mastigar, a sentir o gosto da comida, vai desenvolvendo mais, vai nascendo os dentinhos [...]. (P14)

A partir dos 6 meses né?! Eu não sei explicar. (P3)

Seis meses [...] a partir dos 6 meses, mas lógico que tem que apresentar os sinais de prontidão né? Como sentar. Ela tem que demonstrar os sinais [...]. (P1)

As falas apresentadas acima demonstram que algumas mães possuem pouco conhecimento sobre o porquê da introdução da AC, apenas, após os 6 meses de vida da criança. Elas chegaram a concordar, em alguns discursos, com os relatos do MS a respeito desse tema: “ é por volta dos seis meses de vida que a criança já tem desenvolvido os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher e tem o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita a mastigação. Além disso, a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta” (BRASIL, 2015).

Porém, o estudo de Sales, Nolêto e Rocha (2017) que objetivaram identificar as percepções de mães sobre a prática do AM e da introdução da AC, revelaram uma falta de conhecimento sobre o que é a AC, assim como, o período correto para a sua introdução.

Foi interpelado, também, às entrevistadas se a orientação recebida decorreu de um profissional de saúde ou não. Evidenciou-se que as mães receberam informações do pediatra, da enfermeira da UBS e do clínico geral, como também as receberam por meio de palestras. Entretanto, houve também mães que não foram informadas e tiveram assistência na maternidade, na qual receberam cuidados para o nascimento do seu filho.

Eu recebi essas informações da enfermeira do posto quando eu ia levar pra fazer as consultas. (P12)

Eu fiquei sabendo tanto pela palestra, tanto pela pediatra. (P7)

Me passaram no pré-natal na maternidade. (P15)

Assim, eu não vou mentir pra você não no posto de saúde eu não tive muito acompanhamento não. No começo, quando ela veio pra casa ela ficou sendo acompanhada pelo Isea. Ai eu achei excelente lá, eles disseram que

eu podia começar a dar frutinha com 6 mese né? Sopinha de verdura, dando água, podia mudar o leite que ela tomava o leite artificial [...]. (P14)

Eu fui orientada também, nesse caso pela pediatra lá do Isea (maternidade), quando eu tive lá pra fazer o teste do pezinho. (P9).

Diante desses relatos, é possível inferir a existência de lacunas na prestação de cuidados pelos profissionais da APS às puérperas, relacionada à prática do AM e da AC. Benvindo et al., (2019) concluíram, em seu estudo, que a implantação da EAAB é uma medida eficaz e possível para a mudança desse cenário no município investigado. A sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde são fundamentais para a orientação e o acompanhamento das crianças e o das famílias.

Logo, por meio do fortalecimento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM e à AC saudável, é possível melhorar a alimentação das crianças, impactando, assim, nos indicadores de saúde e no estado nutricional delas, isso feito de médio a longo prazo.

4.2.11 A rotina alimentar

Foi solicitado que as mães descrevessem a alimentação oferecida aos seus filhos. Desse modo, percebeu-se uma frequência alimentar menor ou igual a 6 refeições diárias, e maior ou igual a essas mesmas quantidades. Sobre os alimentos oferecidos, percebeu-se a presença de leguminosas/feijões, cereais, raízes e tubérculos, legumes e verduras, frutas, carnes e ovos, leite, água para consumo e tempero natural. Entretanto, houve também a oferta de alimentos processados (AP) e alimentos ultraprocessados (AUP), como: iogurte, bolo, presunto, biscoitos, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, farinha de cereal instantânea com açúcar; assim como, alimentos oferecidos em consistência inadequada às crianças, fragilizando, desse modo, o seu desenvolvimento.

De manhã geralmente ela come pão ou tapioca, ela gosta de queijo branco que é queijo coalho, ela gosta de presunto que às vezes é oferecido ou bolo, ou só biscoito com café, vai muito do que ela quer na manhã entendeu? É muito difícil no período da manhã ela lanchar, mas se caso ela lanche é uma fruta. Aí vem o almoço ela come arroz, feijão, batata, legumes, todo tipo de carne ela come, macarrão, tudo referente ao almoço ela come de tudo vai depender do que eu faço entendeu? Quando eu faço o arroz geralmente eu boto cenoura, couve, faço às vezes com beterraba e ela come, o feijão, tento uma forma já de introduzir porque se for dá mesmo só a batatinha. O suco é pouco, o que ela mais gosta é de maracujá, pouquinho açúcar, mas boto, estou diminuindo essa questão do açúcar. Aí a

tarde ela lancha iogurte, biscoito, vai variar muito do dia, porque eu tento não colocar a mesma coisa pra não abusar, tem dia que come só fruta que come um iogurte, às vezes uma vez ou outra come um pipos, na questão do pipos eu seguro mais, uma vez ou outra come um biscoito recheado ai é variável o lanche dela. No jantar depende do que é feito eu faço inhame, sopa, arroz de leite, ela gosta de arroz normal com carne e uma vez ou outra perdida quando ela pede eu ofereço um miojo. Ai às vezes quando ela janta e quer mais alguma coisa ela pede um mingau, que é uma vez perdida, coloco mucilon, leite e água sem açúcar. (P12)

No café ela come pão com um copo de leite com açúcar. No almoço é arroz, feijão e frango. Ai no lanche da tarde um biscoitinho com um copinho de café com leite. Ai a noite é um arrozinho com um ovinho frito, ou uma sopa, assim. Toma um copo de leite com açúcar para poder ir dormir. (P4)

Ele acordou tomou mingau, leite ninho e mucilon multicereais sem açúcar. Ai quando foi de 8h30 para às 9h eu dei leite com farinha láctea, passado no liquidificador que ele gosta, sem fruta. Ai quando foi de 10h30 dei um suco de laranja, sem açúcar só o suco da laranja mesmo. O almoço dele foi papinha de verdura passada no liquidificador, foi batatinha, cenoura, chuchu, beterraba, cebola, alho e um pedaço de carne, foi frango, cozinhei, temperei e passei no liquidificador. No lanche é vitamina, banana, leite e farinha láctea ou um cereal neston, que eu gosto de colocar na vitamina dele. Ai depois ele toma um suco. Quando é 18h30, 19h eu já dou o jantar dele, eu dou uma papinha de biscoito maizena com leite ou dou sopinha eu rezeo muito porque às vezes ele não quer comer, aí faço uma papinha de mucilon, eu só estou evitando dá muito mucilon pra ele não ficar inchado, porque ele já é gordinho aí eu tenho medo que inche muito ele. Pra dormir ele toma mingau, leite e mucilon. Acho que durante a noite ele toma dois mingau, durante a noite. (P13)

Corroborando com os dados encontrados, Bortolini, Gubert e Santos (2012) avaliaram o consumo alimentar, em crianças brasileiras de 6-59 meses de idade, por região e por zona de residência. Também observaram um baixo consumo diário de verduras (12,7%), de legumes (21,8%), e de carnes (24,6%) e um elevado consumo de refrigerantes (40,5%), de alimentos fritos (39,4%), de salgadinhos (39,4%) e de doces (37,8%), na frequência de uma a três vezes na semana. Comparando-se as regiões, as crianças residentes no Sul, Sudeste e Centro-oeste consumiram, com mais frequência, arroz, pão, batata, feijão, verdura de folha, legumes e carnes. Mas também consumiram, mais frequentemente, alimentos não recomendados para a idade, como doces e refrigerantes. Ademais, Lourenço et al., (2018) encontraram, em seu estudo, realizado em creches públicas, no município de Mogi das Cruzes, uma alta prevalência de ganho de peso rápido e de excesso de peso entre pré-escolares, no terceiro ano de vida.

Indo ao encontro das evidências apresentadas acima, Giesta et al., (2019) verificaram a associação entre fatores maternos e antropométricos e o consumo de AUP em crianças de 4 a 24 meses de idade. Concluíram, em suas discussões, que

as práticas alimentares de crianças entre 4 e 24 meses estão inadequadas, frente às recomendações para essa faixa etária. Por fim, um estudo transversal, realizado com base em um trabalho prospectivo de coorte, concluiu que três dos quatro padrões alimentares encontrados são representados por alimentos ricos em amido, em gordura saturada e em açúcar simples, além de serem pobres em vitaminas, minerais e fibras (BOGEA *et al*, 2019).

Dessa forma, a presença dos alimentos processados e AUP, concomitantemente aos alimentos *in natura* e minimamente processados, é marcante em meio aos estudos apresentados e aos dados do presente estudo. Inferindo-se que as entrevistadas, juntamente com as crianças, necessitam de um acompanhamento nutricional, a fim de que seus responsáveis sejam melhor orientados sobre uma correta alimentação saudável que reflita no padrão alimentar familiar. Segundo Girard (2015) a falta de informação é um dos fatores que mais contribuem para o erro alimentar dessas crianças. É de extrema importância que o profissional forneça as informações adequadas e o apoio necessário aos familiares, respeitando a condição socioeconômica de cada família, objetivando, com isso, um melhor crescimento e um bom desenvolvimento dos infantes.

As mães também foram questionadas se estavam satisfeitas com a alimentação oferecida as suas crianças. Se não, o que gostariam de mudar nessa alimentação. Houve narrativas de satisfação, no entanto, existiram também insatisfações, demonstrando, todavia, o desejo de acrescentar, a essa alimentação, mais frutas e verduras, retirando-se o excesso de doces, biscoitos e suco de caixinha.

Estou satisfeita. No momento não gostaria de acrescentar. No momento acho que dá pra ele se alimentar bem. (P11)

Gostaria de cortar algumas coisas assim, ela gosta muito de doce, se não controlar a coisa desanda sabe? Nesse sentido. Eu tenho que controlar o doce dela, refrigerante se deixar ela vê ela toma, por isso que diminui bastante o consumo de refrigerante aqui. Eu acredito que mudando essas coisas né, e tentando introduzir cada vez mais legumes, frutas não, fruta ela come de boa, mas os legumes tem que ser bem picadinho dentro da comida porque se não ela fica catando. (P12)

Assim em relação ao suco de caixinha essas coisas eu sei que faz mal a saúde, a gente come, mas eu queria tirar essas coisas dela, assim suco de caixinha essas coisas, mas assim ela come as refeições dela certinho, não come só besteira não sabe? Mas tem o suco de caixinha, o biscoito, essas coisas né que não é saudável. (P14)

Eu queria muito que ela começasse a gostar de verdura. Ela não come de jeito maneira. Já fiz verdura de todo tipo mas ela não come, de jeito nenhum [...]. (P4)

Sahoo *et al.*, (2015) encontraram em sua pesquisa que as famílias de menor nível socioeconômico procuraram oferecer, as suas crianças, alimentos mais calóricos e mais processados, além dos *fastfoods*. Assim, à medida em que alimentos saudáveis – peixes, carnes magras, vegetais e frutas frescas – estão menos disponíveis para indivíduos de condições mais restritas, a relação entre a obesidade e o menor nível socioeconômico é observada em países em desenvolvimento. Desse modo, supõe-se que o desejo reportado pelas mães do nosso estudo esteja relacionado ao seu nível socioeconômico, pois, dentre as entrevistadas, 62,4% declararam ganhar um salário mínimo mensalmente, afastando a ideia de pobreza extrema. Esse pode ser o motivo pelo qual as mães terem relatado um desejo de modificar a alimentação dos seus filhos.

É perceptível, nos relatos a seguir, a presença de alguns mitos e crenças, advindos, possivelmente, de geração em geração, sobre a alimentação infantil, podendo, no futuro, associar-se, de maneira negativa, à saúde da criança. Uma vez que essas mães chegam a valorizar o consumo de papinhas industrializadas e uma alimentação copiosa.

[...] eu só queria assim que ela comesse mais porque ela come tão pouquinho. Tem hora que eu coloco a comida ela joga no chão, não quer comer, aí eu fico tentando fazer coisa diferente pra vê se ela come. (P7)

Sim. Se eu tivesse condições eu comprava mais frutas que eu sei que importante. Eu acho que mais isso. Dava mais papinha a ela se eu tivesse condições, acho que isso que está faltando. Mais fruta. (P5)

Existem alguns fatores que podem influenciar no conhecimento dos pais e interferir na oferta da alimentação às crianças, como: a diversidade cultural de cada região, o nível de instrução desses pais, a renda familiar e a ocupação (BRASIL, 2015; MELO *et al*, 2021). Uma pesquisa qualitativa, realizada no Rio Grande do Sul, identificou que as crianças decidem sobre seu consumo alimentar, a partir de orientações dos pais e das regras da escola. Dessa forma, o que os pais sabem e entendem sobre alimentação tem o poder de influenciar no seu consumo, impactando, no entanto, na saúde infantil (ROSA, 2020).

O MS não recomenda a ingestão das papinhas de fruta ou salgadas pelas crianças, levando em consideração que as suas texturas não favorecem o desenvolvimento da mastigação. Pelo fato delas serem compostas por vários

alimentos, isso impossibilita a percepção dos diferentes sabores; assim como, dificulta também a criança a reconhecer o tempero da família. Enfim, as vitaminas e minerais dos alimentos *in natura* são bem mais aproveitadas pelo organismo do que as que são adicionadas industrialmente nas referidas papinhas (BRASIL, 2019a).

Neste contexto, a AC da criança menor de dois anos merece atenção especial, tendo em vista que ela, após os 6 meses de vida, está formando a base de seu hábito alimentar. Por isso, recomenda-se que os infantes não consumam AUP, considerando, com isso, um risco maior para o desenvolvimento de doenças, como: hipertensão, diabetes, doenças do coração, cáries dentárias, obesidade e câncer (GUESTA *et al.*, 2019).

Assim, a equipe multiprofissional de saúde, que assiste as famílias, deve planejar suas ações de promoção de uma alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil, levando sempre, em consideração, o fato de que se alimentar é um ato social e cultural, envolvendo relações, hábitos e formas de preservar e transmitir tradições e conhecimentos (BRASIL, 2019a). Desse modo, é possível alertar esses familiares sobre as consequências, na saúde da criança, de uma alimentação que *predomina* ultraprocessados em detrimento dos alimentos *in natura* e minimamente processados.

4.2.12 O consumo de Alimentos ultraprocessados (AUP)

As mães também foram indagadas se ofereciam os AUP e o porquê da sua oferta aos seus filhos. A maior parte da amostra afirmou oferecer esses alimentos aos seus filhos, entretanto, se justificaram, apontando que a oferta não era rotineira.

Ela tem mas é pouco, é uma vez na semana. Assim, refrigerante nem tanto entendeu? Mais suco de caixinha [...]. (P5)

Ela gosta da pizza, mas é oferecido uma vez ou outra, é oferecido a cada 15 dias ou mais. (P12)

Direto não, só de vez em quando. Só de 15 em 15 dias ela come uma besteira um salgado. (P4)

Por meio dos discursos das entrevistadas, percebeu-se que, dentre os AUP, como, biscoitos, salgadinhos de pacote e guloseimas, oferecidos às crianças, os mais rotineiramente ofertados eram os biscoitos. As guloseimas eram menos oferecidas durante a semana.

Sim. A frequência é 4 a 5x durante a semana. (P14)

Como te falei se for bombom, doce, se ela vê ela quer sempre consumir, mas tento controlar. [...] o biscoito recheado é uma vez ou outra quando é oferecido [...]. (P12)

Biscoito normal ela come. Normal aquele sequinho sem recheio. (P3)

Essa semana que passou ela chupou uma vez só pirulito. Agora pipoca acho que 2x. Eu não vou mentir pra senhora biscoito recheado elas têm muito. A pequena também tem acesso a biscoito wafe 3x na semana [...]. (P5)

É divulgado, por meio de consenso nacional e internacional, que a população infantil apresenta um consumo elevado de alimentos processados e ultraprocessados, iniciando sua ingestão antes mesmo dos 6 meses de vida, contrariando as recomendações ministeriais (NEVES; MADRUGA, 2016; GIESTA *et al.*, 2019; VANDEVIJVERE *et al.*, 2019, WHO, 2020). Corroborando com os discursos encontrados, um estudo encontrou uma prevalência do consumo de AUP, na faixa etária de 6 a 12 meses, de 43,1%. E constataram também, nesse estudo, que a prevalência de consumo mais elevado foi 21,8% de bolachas recheadas/chocolates/doces; seguida de bebidas doces, com 20,0%; e de macarrões instantâneos/salgadinhos de pacote/ biscoito salgado com 18,5%. (RELVAS; BUCCINI; VENANCIO, 2019).

Pesquisas divulgam que a introdução de alimentos no Brasil é precoce e de baixa qualidade. Contudo, os alimentos que apresentam alta biodisponibilidade de ferro, extremamente necessários na AC das crianças, são introduzidos tardiamente em sua dieta (BRASIL, 2009; BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012).

Dando seguimento à discussão, questionou-se as mães sobre a opinião delas a respeito dos AUP. Elas se mostraram conscientes dos malefícios provocados pela ingestão desses alimentos, mas justificaram essa prática como sendo, devido às circunstâncias do dia a dia, como, o fato de sair de casa para shoppings e restaurantes, onde são oferecidos alimentos de bom paladar e de maior praticidade e, também, pelo fato dos sujeitos da pesquisa serem crianças. Tudo isso corroborou para que esses AUP fossem ofertados pelas mães as suas crianças. Outro ponto citado pelas mães que chamou a atenção foi a associação da oferta desses alimentos, como justificativa, para sair da rotina alimentar da família.

Eu só gosto de oferecer mais assim quando eu saio. Se eu não sair durante a semana ela não toma. Eu sei que não é recomendado porque tem corante

e essas coisas assim enlatado, de caixa, tem conservante demais né? Eu sei que a criança em si gosta, mas sei que não é recomendado. Eu sei que não é saudável né? Mas assim, agente gosta de vez em quando de sair da rotina, mesmo não sendo saudável. Eu não dou, eu não gosto de oferecer direto já por isso. Mas uma vezinha ou outra eu libero, não muito. (P 3)

Eu acho que eles não são saudáveis, na minha concepção principalmente o suco de caixinha ele tem muito açúcar, [...] depois que a criança experimenta que o paladar dela fica apurado que ela gosta fica mais difícil de tirar. Mas a gente tenta diminuir entendeu? É o que estou tentando fazer (risos) que é difícil viu? (P 12)

Assim não é saudável né? Agente sabe que não é saudável esses tipos de alimentos, mas assim, as crianças gostam né? [...] É gostoso mais não é saudável. (P 14)

Contribuindo com as falas apresentadas, no estudo de Sorrentino & Venancio (2019), que objetivaram identificar os conhecimentos e práticas de pais de crianças de 6 a 12 meses de idade, sobre AC e sobre os fatores que influenciam seu comportamento, observou-se a oferta de alimentos não saudáveis fora do ambiente doméstico.

Por outro lado, percebe-se que as mães são conhecedoras dos malefícios que o consumo dos AUP provoca, tanto na vida infantil como na vida adulta, associando a oferta desses alimentos à manifestação de doenças nas crianças, como é percebido nos discursos das mães, a seguir. Contudo, elas só associaram a manifestação de danos à saúde da criança, quando o consumo desses alimentos aconteceram em excesso.

Eu sei que é muito prejudicial à saúde, porque aqui em casa tem histórico de diabetes na família, aí a gente evita aqui porque é muito prejudicial, além de ser uma bomba química no organismo da criança e tipo está em formação e todo cuidado é pouco né pra criança, porque a gente sabe que isso causa danos futuros bem, alguns irreversíveis né? [...] Acho que são prejudiciais também, mas eu vejo isso só se for em excesso. Porque ele come tipo 4 biscoitinhos, ele não come muito". (P6)

[...] esses alimentos principalmente industrializados nem para o adulto faz bem, imagina para as crianças, e isso pode gerar lá no futuro gerar outros problemas de saúde pra criança porque uma alimentação errada logo no início pode gerar problemas como diabetes, obesidade entre outras coisas. (P16)

“Eu acho que é errado, a gente sabe que é errado mais por ser poucas vezes na semana. (P15)

Por fim, outro relato que chamou a atenção foi o desconhecimento de uma entrevistada sobre os malefícios que a ingestão dos AUP provoca no organismo humano.

Em relação ao danone, ao suquinho de caixa eu não tenho conhecimento, eu não acho errado [...] eu tenho consciência que o refrigerante faz mal, mas suquinho de caixa, essas coisas até agora eu não sei não (risos)[...] pra gente saber mesmo a gente tinha que ter acompanhamento com a enfermeira ou com nutricionista. (P5)

Jerônimo, Quinteiro e Castro (2021) buscaram compreender os aspectos socioculturais e parentais que influenciam as práticas alimentares de lactentes. Eles concluíram que os AUP são considerados como práticos, uma vez que são produtos prontos para comer e/ou beber. Por outro lado, reconheceu esses alimentos como sendo nocivos à saúde infantil, indo ao encontro das falas das entrevistadas. Fisher & Dwyer (2016) apontam que a falta de familiaridade com alimentos *in natura* (como frutas e hortaliças); a falta de disponibilidade ou pouca habilidade na preparação desses alimentos; e a falta de espaço para seu armazenamento podem levar os pais a considerarem alimentos processados como uma alternativa mais rápida e conveniente.

Dessa forma, infere-se que as justificativas apresentadas pelas entrevistadas, para o oferecimento dos AUP às crianças, são paradoxais. Pois, mesmo as mães sendo conhecedoras dos malefícios que esses alimentos produzem na saúde infantil, elas os oferecem e buscam justificativas para tal procedimento. No entanto, para elas, supõe-se que o fator cultural e o fato de querer agradar a criança possam justificar esse seu comportamento.

Somados aos dados já apresentados, nos relatos a seguir, houve associação da oferta dos AUP com a idade, favorecendo as crianças mais velhas com o consumo desses alimentos. Além do mais, foi ressaltado a importância que a família tem na formação dos hábitos alimentares da criança, pois essa atua diretamente como um influenciador desses hábitos.

Eu acho que ainda não é apropriado pra idade dela. Eu acho assim, a criança vai vendo de acordo com os pais aquele tipo de alimento. Quantas vezes durante a semana aquilo entra na casa né? Então eu acho que deva ser apropriado o consumo desses alimentos mais ou menos por volta dos 4 anos. Isso eu fiz com minha pequena, certos tipos de alimentos eu não deixava ela comer antes, tá entendendo? Tentava o máximo evitar [...]. (P8)

[...] ele ainda não tem idade pra se alimentar desses produtos. (P9)

Acrescentando aos dados encontrados, Batalha *et al.*, (2017) avaliaram, em São Luís, Maranhão, Brasil, o consumo de alimentos processados e ultraprocessados em crianças de 13 a 35 meses e seus fatores associados. Eles encontraram uma proporção maior de consumo de alimentos processados e ultraprocessados entre crianças com mais de 16 meses. Possivelmente, à medida em que as crianças envelhecem, elas se tornam mais suscetíveis às influências dos diferentes ambientes que vivencia, como: escolas, amigos e televisão, possibilitando escolhas alimentares que não são saudáveis. Além do mais, um estudo realizado em Embu das Artes, São Paulo, concluiu que as crianças que não eram amamentadas apresentaram maior prevalência de consumo de AUP (RELVAS, BUCCINI E VENANCIO, 2019). Essa evidência demonstra a repercussão negativa que a ausência da amamentação, principalmente até os dois anos de vida, traz à saúde infantil. Porém, houve mães que discordaram veementemente na oferta dos AUP, argumentando ser precoce a sua oferta.

Não. Que é muito cedo ainda (risos). (P9)

Não. Deus me livre, ela comer isso vai demorar viu?! (P16)

Indo ao encontro das falas supracitadas, Jerônimo, Quinteiro e Castro (2021) se depararam com relatos em que as mães não concordavam no oferecimento dos AUP aos seus filhos, tendo em vista que esses alimentos têm alto teor de açúcar, e, por isso, são prejudiciais à saúde da criança, associando-se o consumo excessivo de açúcar com a obesidade infantil e com os agravos futuros. Além disso, esses alimentos foram vistos, também, como desnecessários, pouco nutritivos ou inadequados para compor a alimentação infantil.

Por último, o aparecimento de crianças com sobrepeso ou obesidade, na amostra do estudo, já era esperado, como é percebido no relato abaixo. Porém, dentre o total da amostra, apenas uma afirmou que seu filho se encontrava acima do peso.

[...] ele está acima do peso. Ele está sendo acompanhado por uma nutricionista. (P11)

Validando o relato encontrado, Bortolini *et al.*, (2019) concluíram que o Brasil apresenta relevantes estatísticas referentes ao aumento dos fatores do sobrepeso e da obesidade infantil. Da mesma forma, concluíram que a obesidade vem sendo associada ao crescimento da venda e do consumo de AUP em diversas regiões, inclusive na América Latina. Assim, diante dessa realidade, esses fatos só demonstram como é delicada e relevante a atual situação dos hábitos errôneos da alimentação infantil, evidenciando a necessidade de uma mudança nas políticas públicas vigentes e de uma equipe multiprofissional qualificada e atuante. Tal equipe deve ter como objetivo educar a população sobre uma alimentação mais saudável, mostrando, também, o importante papel que o ambiente possui nas práticas alimentares saudáveis.

O relato anterior contribui com as evidências apresentadas no estudo de Relvas, Biccini e Venancio (2019) e Giesta (2019), tal como, corrobora com as estatísticas apresentadas anteriormente sobre o sobrepeso infantil. Tais resultados evidenciam que quando os padrões alimentares, sugeridos pelo MS e por órgãos competentes, não são seguidos; quando as equipes da APS não realizam a assistência às gestantes, puérperas e nutrizes sobre o AM e a AC; e quando a rede de apoio social e familiar da mulher não a assiste em seu desejo, ou não segue os ensinamentos das evidências científicas; as consequências decorrem, e a saúde infantil é a mais impactada por essas escolhas.

4.2.13 3-A pandemia do Covid-19 como influenciador da rotina alimentar infantil

A pandemia do novo coronavírus trouxe mudanças consideráveis na rotina familiar, não apenas no Brasil, mas no mundo inteiro. Assim, a categoria em questão apresenta os impactos que essa pandemia trouxe na alimentação ofertada às crianças brasileiras e residentes no município de Campina Grande - PB.

4.2.14 A mudança alimentar

As entrevistadas foram interpeladas sobre a possibilidade de mudança na alimentação das crianças, após o início da pandemia do novo coronavírus. Grande

parte da amostra declarou que a pandemia não influenciou negativamente na alimentação das crianças, associando-se a uma melhor alimentação.

Mudou sim, está mais saudável, porque antes ela estudava na escolinha, aí sempre era besteira que ela comia. Não comia uma fruta, na escola ela não comia de jeito nenhum. Eu mandava fruta, essas coisas saudáveis mas ela não comia. (P14)

Não. Mudou não. Continuou a mesma coisa. (P4)

Mudou. Só diminuiu como falei a questão dos refrigerantes e do suco de caixinha, eu consegui diminuir. No mais, ela já comia da mesma forma. (P12)

Não. Porque assim ele sempre estava em casa, aí continuou em casa, então não interferiu em nada. (P15)

Da mesma maneira, elas também afirmaram que suas crianças nasceram durante a pandemia, estando ainda em AME, ou estavam em processo de transição do AME para o AMC, não decorrendo nenhuma mudança nos hábitos alimentares.

Não. Ela já nasceu no período da pandemia. A pandemia não influenciou porque ela já nasceu na pandemia e já foi alimentada com o leite materno mesmo. (P16)

Não. Ela só mama. (P1)

Não, mudou não. O que mudou é que ele ficou mais velhinho e passou a comer mais coisas variadas né?! Não mudou não por causa da pandemia não. (P6)

Por outro lado, dentre toda a amostra, apenas um discurso apresentou uma relação negativa da presença constante dos pais dentro de casa, com a falta de estabelecimento de uma rotina alimentar no domicílio, associando-se ao consumo exagerado de alimentos.

Eu dava mamadeira a ele quase todo instante. Se ele visse cozinhando ele pedia direto, ele era louco por coxinha, muito macarrão que eu comia em casa, arroz, carne, na hora que eu sentasse pra comer...meu esposo estava muito tempo em casa, a gente não tinha um horário pra comer, lanchava a hora que quisesse, comia muito mal às vezes. (P 11)

De acordo com a literatura nacional, como: Gurgel *et al.*, (2020); Silva *et al.*, (2020) e a internacional, como: Alpino *et al.*, (2020), enxerga-se que a pandemia não tem afetado, de forma equânime, os diferentes territórios e as populações, tanto em relação à morbimortalidade, quanto as suas repercussões políticas, sociais e econômicas. Observa-se que, infelizmente, a população vulnerabilizada é a mais

afetada, revelando uma ameaça concreta e imediata referente à segurança alimentar e nutricional dessas populações.

Por isso, é possível que a situação pandêmica, vivida entre os anos 2020 e 2021, contribua para que o Brasil retorne ao mapa da fome, desvelando a incapacidade do projeto ultra neoliberal do governo de assegurar direitos e de responder adequadamente à crise (GURGEL *et al.*, 2020).

Mesmo diante de uma escassa literatura sobre os impactos do isolamento social, e sobre as mudanças no comportamento alimentar, no público infantil, seja para o ganho de peso ou para o risco de insegurança alimentar, VERTICCHIO e VERTICCHIO (2020) afirmam, em seu estudo na população adulta, que a ansiedade e o medo contribuíram, em 44%, para uma má alimentação desses adultos, durante a pandemia do COVID-19; e 55% afirmaram que esses estão comendo com uma maior frequência. Assim como, foi constatado um maior consumo de doces, refrigerantes, álcool, massas e itens de padaria nesse mesmo público.

Desse modo, sabendo-se que os hábitos familiares possuem papel influenciador sobre os hábitos alimentares infantis, segundo Rosa (2020), pode-se inferir que, não só a alimentação da população adulta, mas também a alimentação infantil merecem a atenção e os cuidados dos profissionais de saúde, a fim de que sejam evitáveis maiores problemas à saúde familiar.

Logo, divergindo do estudo citado anteriormente e, diante da possibilidade de uma insegurança alimentar, como afirma Gurgel *et al* (2020), em sua análise, os resultados da amostra pesquisada revelam que não houve mudança na alimentação das crianças, durante a realização do estudo. Infere-se que o fato da amostra pesquisada não pertencer a uma classe social elevada seja o responsável pelo desfecho encontrado. Pois, parte-se da hipótese de que as crianças que pertencem a famílias de classe social elevada apresentam maiores condições financeiras de adquirir uma quantidade maior de alimentos a serem consumidos semanalmente, diferentemente dos de classe social inferior. Portanto, sugere-se a realização de novas pesquisas, envolvendo os temas de isolamento social e as mudanças no comportamento alimentar na população infantil, a fim de se ter um melhor esclarecimento das questões elucidadas.

5 CONCLUSÃO

As poucas unidades básicas de saúde, da cidade de Campina Grande – PB, que tiveram a oportunidade de participar dos primeiros passos da implantação da EAAB, a qual possui papel fundamental no combate à obesidade infantil, não foram suficientes nem para impactar o estado de saúde das crianças estudadas, tampouco fazê-lo com, o conhecimento das mães sobre a alimentação oferecida. Visto que o perfil alimentar das crianças de 0-5 anos apresentou-se inapropriado, necessitando, no entanto, de ajustes significativos na sua alimentação, frente às recomendações atuais da OMS e MS. Pois, mesmo essas crianças apresentando um consumo elevado para alguns alimentos *in natura* e minimamente processados, exceto para as verduras, concomitantemente a esse consumo, houve a presença marcante da ingestão dos AUP. Este último, comprometendo, significativamente, a saúde infantil.

No que se refere ao EN das crianças estudadas, a faixa etária de idade que se destacou, apresentando mais da metade do risco de sobrepeso, refere-se à idade de 6-23 meses. Essas crianças, juntamente com suas famílias, merecem a atenção dos profissionais da APS que os assistem, para que seja possível a identificação desse estado nutricional rotineiramente. Esse mesmo público necessita, também, de atenção e de cuidados de toda a equipe multiprofissional da UBS e, em especial, dos ensinamentos e intervenções do profissional nutricionista. Portanto, todo esse empenho se faz necessário para que, assim, seja possível a realização de um trabalho de educação, de orientação e de conscientização alimentar, por parte desses profissionais a essas famílias, não omitindo o seu acompanhamento continuado, a fim de que melhores índices de avaliação de saúde surjam na vida desses infantes.

Contudo, a faixa etária de 24-60 meses de idade não pode ser eximida do trabalho de prevenção e de conscientização dos pais desses infantes sobre a má alimentação, a fim de que essas crianças não atinjam o desvio nutricional já mencionado.

Ao se buscar a compreensão sobre os fatores que influenciam a oferta da alimentação às crianças, constatou-se que as mães ofereciam uma média de 6 refeições diárias a elas, sendo que essas eram constituídas de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Dessa forma, conclui-se que o conhecimento das mães/responsáveis sobre a alimentação infantil destacou-se diante dos resultados

encontrados, porém não se mostrou relevante, diante da oferta concomitante dos AUP às crianças.

Quanto aos AUP mais citados por elas, destacam-se: os biscoitos, os salgadinhos de pacote e as guloseimas. E, mesmo essas mães se mostrando cientes dos malefícios que o consumo desses alimentos causa à saúde infantil, tanto quanto à adulta, elas se justificam com falas paradoxais, declarando, em alguns discursos sem fundamento, que a adição desse tipo de produto à alimentação de seus filhos se justifica pelo fator cultural e pelo fato de quererem agradar, unicamente, às crianças.

O estudo contribuiu para o conhecimento do perfil alimentar e do estado nutricional das crianças com idade de 0 a 5 anos, uma vez que não foi possível encontrar, no município analisado, o banco de dados do perfil alimentar e o EN dessas crianças, devido à não alimentação do sistema de informação indicado, o SISVAN. O referido estudo serviu também, de forma complementar, para se compreender o que as mães pensam e sabem sobre o oferecimento do alimento à criança, nos seus primeiros meses de vida, e como executam tal tarefa.

Quanto às limitações desse estudo, a presente pesquisa foi realizada durante a pandemia do novo coronavírus, SARS-CoV-2, causador da COVID-19, não sendo possível ter um contato direto com as entrevistadas nas UBS, pois respeitaram-se as medidas de prevenção à propagação do novo coronavírus, impostas pelos órgãos de saúde competentes, ora vigentes em todo o país. Essa circunstância, no entanto, pode ter influenciado no número da amostra investigada.

Outro fator limitante da pesquisa se refere à possibilidade de que, apenas, o contato por telefone, via vídeo conferência, associado à realização da entrevista em domicílio, tenha inibido o discurso da entrevistada. Fato esse que pode ter influenciado, significativamente, nas devidas respostas dadas, previamente à entrevistadora. Da mesma maneira que, o fato dela estar em casa, necessitando dar assistência, tanto à entrevistadora como aos seus familiares, tenha comprometido a integridade e legitimidade de suas respostas.

Dessa forma, espera-se que este trabalho sirva de base para intervenções mais efetivas, na promoção da alimentação saudável e na prevenção de doenças e de agravos nutricionais em crianças brasileiras. Especialmente no município que serviu de laboratório para a pesquisa que alicerçou este trabalho, incentivando a certificação das UBS na EAAB, para que, assim, os profissionais de saúde dessas

unidades tenham um conhecimento elevado e mais atual sobre a amamentação e a alimentação complementar infantil, a fim de realizar uma correta assistência alimentar a essas famílias.

A literatura reconhece que o meio em que as famílias e, conseqüentemente, as crianças vivem, como: o ponto de ônibus, as lanchonetes e as sorveterias abertas em frente às escolas; a cantina escolar; as propagandas alimentares televisivas de AUP, que oferecem brindes às crianças para o seu consumo, e o tempo disponível que aquela família tem para cozinhar, tudo isso possui um forte poder influenciador na respectiva alimentação desse público. Portanto, espera-se que os resultados da nossa pesquisa contribuam na criação de novas políticas públicas que protejam essa população, em especial, as crianças, da publicidade ofensiva que os AUP, encontrado no meio vivido, oferece a toda essa população.

Além do mais, almeja-se que os gestores da cidade onde o estudo foi realizado fiscalizem, atenciosamente, essas empresas de alimentos e os estabelecimentos escolares, objetivando punir financeiramente as instituições que infringem o recomendado e o estabelecido por lei. Tendo em vista que a publicidade sobre produto alimentar infantil é ilegal, sendo regulamentada pela Constituição Federal, pelo código de defesa do consumidor e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Resolução nº 163, março de 2014, Conanda, Superior tribunal da Justiça).

Por isso, aumentar os impostos dos AUP e, em contrapartida, diminuir os tributos dos alimentos recomendados por órgãos competentes de saúde parece ser uma saída, para que o consumo dos alimentos *in natura* e os minimamente processados sejam mais acessíveis a toda população e que, de fato, o valor destinado a sua compra não seja motivo para o seu não consumo.

Enseja-se, por último, que os resultados encontrados nesta pesquisa sirvam de incentivo para incorporar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como uma rotina na APS, objetivando monitorar, sistematicamente, os indicadores de alimentação e de nutrição das crianças.

REFERÊNCIAS

- ALBQUERQUE, L. C. *et al.* Alterações metabólicas na obesidade infantil e fatores de risco cardiovascular: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, 2019; v. 7, p. e1953. <https://doi.org/10.25248/reac.e1953.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/1953>. Acesso em: 15 dez. 2019.
- ALMADA, J. N. A; FERNANDES, L. A.F. Reflexo do desmame precoce na saúde das crianças no município de valparaíso de goiás. **Rev Inic Cient Ext.** 2018; 1(2): 73-81. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/77/42>. Acesso em: 17 de dezembro de 2020.
- ALVENO, R. A. *et al.* Pacientes crônicos pediátricos em ambulatórios: um estudo em um hospital universitário da América Latina. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 94, n. 5, p. 539-545, outubro de 2018. DOI 10.1016/j.jped.2017.07.014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000500539&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio. 2019.
- ALVES, J. S; OLIVEIRA, M. I. C; RITO, R. V. V. F. Guidance on breastfeeding in primary health care and the association with exclusive breastfeeding . **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1077-1088, Apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016>. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401077&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Mar. 2021.
- ALVES, B. M. *et al.* Estado nutricional de menores de 5 anos de idade em Sobral-CE. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1305>. Acesso em: 12 de março de 2021.
- ALVES, F. N. *et al.* Impact of the kangaroo method of breastfeeding of preterm newborn infants in Brazil: an integrative review . **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4509-4520, Nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018>. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001104509&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Mar. 2021.
- ALPINO, T.M. A. *et al.* COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00161320, 2020 .DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161320>. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00161320/>. Acesso em: 17 dez. 2020.
- ARMSTRONG, J; ABRAHAM, C. E; SQUAIR, M; BROGAN, Y. *et al.* Exclusive breastfeeding, complementary feeding, and food choices in UK infants. **J Hum Lact** [Internet]. 2014 May [cited 2019 Feb 18];30(2):201-8. Doi: 10.1177/0890334413516383. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0890334413516383?url_ver=Z39.88-

2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed »
<https://doi.org/10.1177/0890334413516383>»
https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0890334413516383?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Access on 23 Mar. 2021.

ARAUJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dez. 2014. DOI 10.1590/0034-7167.2014670620. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Abr. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luiz Antero Beto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edição 70, 2011.

BARRETO, Anna Christina do Nascimento Granjeiro; BRASIL, Lana do Monte Paula; MARANHÃO, Hélcio de S. Sobrepeso: uma nova realidade no estado nutricional de pré-escolares de Natal, RN. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo. v. 53, n. 4, p. 311-316, Aug. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000400015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2021.

BATALHA, M. A. *et al.* Processed and ultra-processed food consumption among children aged 13 to 35 months and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00152016. Nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00152016>. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105006&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2020.

BARBOSA, Diogo Jacintho; VASCONCELOS, Thais Cesário; GOMES, Marcia Pereira. Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2208>. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2208>. Acesso em: 20 abr.2021.

BAUER, M.W; GASKELL, G (org.). Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som - um manual prático. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

BENVINDO, V. V. *et al.* Indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade: uma realidade para a implantação da estratégia amamenta e alimenta brasil na atenção básica de governador valadares-mg. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S.l.], v. 14, p. e43464, nov. 2019. DOI 10.12957/demetra.2019.43464. ISSN 2238-913X. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43464>>. Acesso em: 17 dez. 2019

BERSOT, V.F. **Mudança temporal do aleitamento materno exclusivo na América Latina e Caribe: atualização de seus determinantes e da tendência secular**

[dissertação] - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo; 2011.

BESLAY, M. *et al.* Ultra-processed food intake in association with BMI change and risk of overweight and obesity: A prospective analysis of the French NutriNet-Santé cohort. **PLoS Med**. 2020 Aug 27;17(8):e1003256. Doi: 10.1371/journal.pmed.1003256. PMID: 32853224; PMCID: PMC7451582. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003256>. Acesso on 20 mar. 2021.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 108, 2017. DOI 10.11606/s1518-8787.2017051000029. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100287&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Maio. 2020.

BOGEA, Eduarda Gomes *et al.* Padrões alimentares de crianças de 13 a 35 meses de idade e associação com características maternas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2019, v. 35, n. 4, e00072618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072618>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00072618>>. Epub 08 Abr 2019. ISSN 1678-4464. Acesso em: 6 mar. 2021.

BOURET, S.G. Ações organizacionais dos hormônios metabólicos. **Frente. Neuroendocrinol.** 34, 18-26. 2013. DOI 10.1016/j.yfrne.2013.01.001. Disponível em: DOI 10.1016/j.yfrne.2013.01.001. Acesso em: 04 maio. 2020.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Consumo precoce de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 89, n. 6, p. 608-613, Dec. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.04.003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar. 2021.

BORTOLINI, G.A, MOURA, A.L.P, LIMA, A.M.C. *et al.* Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. **Rev Panam Salud Publica**. 2019;43:e59. DOI: 10.26633/RPSP.2019.59. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.59>. Acesso em: 17 de dez. 2020.

BORTOLINI, G. A; GUBERT, M. B; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, pág. 1759-1771, setembro de 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 de dez. 2020

BRAGA, V. A. S. *et al.* Atuação de enfermeiros voltada para a obesidade na Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180404, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0404. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Mar. 2020.

BRATKOWSKI, G. R. *et al.* Identificação de padrões alimentares por análise de componentes principais em escolares do sul do Brasil e fatores associados. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 3, p. 735-745, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000300735&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 Mar. 2021.

BRIERE, C. E. *et al.* Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. *Appl Nurs Res.* 2016; 32: 47-51. DOI: 10.1016 / j.apnr.2016.04.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27969051/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRANDÃO, P. R.; SOUZA, G. F. R. M; PASSOS, T. U. Avaliação da Introdução Alimentar de Crianças Assistidas por uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 9, n. 1, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i1.6343>. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/6343. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 30 mai. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 maio. 2020.

BRASIL. **Lei nº8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acessado em: 31 mai.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_mater_no.pdf. Acesso: 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: MS; 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 10 de dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 26 de mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. 72 p. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : ministério da saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 484 p: il. ISBN 978-85-334-2145-5. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Institui a PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: M.S; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 abril. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf. Acesso em: 27 abril. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 29 abril. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 15 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Crescer Saudável 2019/2020, Instrutivo**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, 2019b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf. Acesso em: 16 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 397, DE 16 DE MARÇO DE 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: M.S; 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular Nº 2/2021**. Brasília, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em 29 jun. 2021.

CAIVANO, S. *et al.* Conflitos de interesses nas estratégias da indústria alimentícia para aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e os efeitos sobre a saúde da população brasileira. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 2, p. 349-360, 2017. DOI: 10.12957/demetra.2017.26928. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/26928>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CAMPINA GRANDE. Prefeitura Municipal. Brasil. 2021. Disponível em: <https://campinagrande.pb.gov.br/>. Acesso em: 15 abri. 2021.

CARVALHO, J. L. S. *et al.* Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. **Saúde Redes**, p. 383-392, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016.v2,n4,p.383-392>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/794>. Acesso em: 22 dez. 2020.

CARVALHO, C. A. *et al.* Fatores associados aos padrões alimentares no segundo semestre de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 449-459, Feb. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.12982018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200449&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 dez. 2020.

CARRAZZONI, D. S.; PRETTO, A. D. B.; ALBERNAZ, E. P.; PASTORE, C. A. Prevalência de fatores na primeira infância relacionados à gênese da obesidade em crianças atendidas em um ambulatório de Nutrição. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 9, n. 50, p. 74-81, 25 maio 2015. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/361>. Acesso em: 14 nov. 2020.

CARRASCOZA, K. C. *et al.* Breastfeeding among children until six months of age: women's perception. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1045-1060, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300015>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300015&lng=en&nrm=iso. Access on 26 Jan. 2021.

CHARPAK, N; Calume, Z. F; Hamel, A. O método mãe canguru pais e familiares de bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Chile: McGraw Hill; 1999.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, set. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=pt&nrm=iso>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>. Acesso em: 28 abr. 2020.

DAUCHET, L. *et al.* Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: A meta-analysis of cohort studies. **J Nutr** 2006; 136(10): 2588. DOI: <https://doi.org/10.1093/jn/136.10.2588>. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16988131/>. Access on 12 de Mar. 2021.

DAGHER, R. K; MCGOVERN, P.M; SCHOLD, J.D et al. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth** 16, 194 (2016). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0965-1>. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0965-1>. Access on 12 Mar. 2021.

DEARDEN, K.A. *et al.* Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: insights from mothers who exclusively breastfed and worked. **Food Nutr Bull.** 2002 Dec;23(4 Suppl):101-8. PMID: 12503238. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12503238/>. Access on 14 Feb. 2021.

DUCCI, A.L; VANNUCHI, M.T.O; SOUZA, S.N.D.H. *et al.* Aleitamento materno e consumo alimentar de crianças menores de um ano em um município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2013; 15(1):49-58. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/5579>. Acesso em: 27 abr. 2021. Acesso em: 10 fev. 2021.

DOMINGOS, I.R.J. *et al.* Prevalência do excesso de peso em crianças de um hospital de referência materno-infantil no estado de Pernambuco. **Brazilian Journal of Development**, V.6, N.1, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n1-028. Disponível em: <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/5854>. Acesso em: 02 maio. 2020.

ENANI - Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil. Rio de Janeiro – RJ; 2019. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/>. Acesso em: 25 fev. 2021.

FERNANDES, R.C.; HOFELMANN, D. A Intention to breastfeed among pregnant women: association with work, smoking, and previous breastfeeding experience. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1061-1072, Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.27922017> Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000301061&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 Mar. 2021.

FERREIRA, H.L.O.C. *et al.* Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 683-690, mar. 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016> Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300683&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FISHER, J.O; DWYER, J.T. Next Steps for Science and Policy on Promoting Vegetable Consumption among US Infants and Young Children. **Adv Nutr.** 2016;7(1):261S-271S. DOI: 10.3945 / an.115.009332. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717881/>. Access on: 16 Mar. 2021.

FLORENCIO, Alessandra et al. Sexualidad y amamantamiento: concepciones y abordajes de profesionales de enfermería de atención primaria de salud . **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 2012, v. 46, n. 6. 1320-1326. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600006>. Available form: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600006>>. Epub 30 Jan 2013. ISSN 1980-220X. Access on 25 may 2021.

FONSECA, P. C. A. Associação do tempo de aleitamento materno exclusivo e do comportamento sedentário no consumo de frutas, hortaliças e ultraprocessados na infância. 2017. 78f. Tese (Doutorado em Ciência da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2017. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/11716>. Acesso em: 12 de mar. 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de mar. 2021.

FREITAS, H. **A Sindemia Global da Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas.** THE LANCET. RELATÓRIO. Brasil: São Paulo. Jan. 2019. Disponível em: https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

GARCIA, Mariana Tarricone *et al.* Acesso à frutas e hortaliças em áreas periféricas da região metropolitana de São Paulo. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 2, p. 427-446, 2018. DOI: 10.12957/demetra.2018.33425. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/33425>. Acesso em: 9 fev. 2021.

GIESTA, J. M. *et al.* Associated factors with early introduction of ultra-processed foods in feeding of children under two years old. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, July 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018247.24162017. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702387&lng=en&nrm=iso>. Access on 02 July 2020.

GIL, C, A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 6ª edição. São Paulo, Atlas, 2017.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri *et al.* Maternity and breastfeeding: identity, body and gender. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018, v. 23, n. 8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14612016>. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14612016>>. ISSN 1678-4561. Access on 25 may 2021.

GIRARD, C.C.P. **Saberes e práticas de mães e enfermeiros sobre alimentação complementar** - Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belém: Universidade do Estado do Pará, 2015.

GENIO, C. A; MARQUES, J. M; MACHADO, J. F. A Introdução da alimentação complementar no Brasil. **Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS)**, v. 2, n.01, ano 2020, p. 65-79 ISSN online: 2176-4069 Centro Universitário Padre Anchieta. Disponível em: <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/1534/1409>. Acesso em: 11 mar. 2020.

GONÇALVES, A. S. A. *et al.* Perfil alimentar e nutricional durante a gestação. *In: IV Mostra de Trabalhos do Curso de Nutrição do Univag (ISSN 2594-6757)*. V.4, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/mostranutri/article/view/1236/1396>. Acesso em: 03 mar. 2020.

GOMES, Maria Carmen Aires. Violência, intolerância e corpo feminino: Analisando as reações discursivas na mídia em torno da prática de amamentação. **Cadernos de Linguagem e Sociedade**. V.18, n.2, p.175–194. 2017. ISSN: 2179-4790. DOI: <https://doi.org/10.26512/les.v18i2.5797>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/les/article/view/5797>. Acesso em: 27 mai 2021.

GOMES, R. P. *et al.* Fatores que levam ao desmame precoce do aleitamento materno. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 100688-100700, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n12. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21974/17538>. Acesso em: 23 mar. 2021.

GURGEL, A. M. *et al.* Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 12, pp. 4945-4956. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.33912020>. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.33912020>>. Acesso em: 15 dez.2020.

HENRIQUES, P. *et al.* Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4143-4152, dez. 2018 . DOI 10.1590/1413-812320182312.34972016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204143&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2020.

HEYMANN, M.B; ABRAMS, S.A. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. **Pediatrics [Internet]**. 2017 Jun [cited 2019 Feb 18];139(6): e20170967. DOI: 10.1542/peds.2017-0967. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/6/e20170967.full.pdf>. Access on 28 Feb. 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. **População residente / Grupo de idade / 0 a 5 anos de idade (Unidade: %)**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/pesquisa/23/25207?tipo=ranking&indicador=25181> Acesso em: 05 maio. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Ciclos de vida – Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso: 04 nov. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.69 p.ISBN 978-85-240-4505-9. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>. Acesso em: 6 de mar. 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acesso: 04 nov. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada 2021**. Cidades e Estados. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em: 18 jan. 2021.

JERÔNIMO, R. A.; QUINTEIRO, M.D.P; CASTRO, I. R. R. Influências socioculturais e parentais nas práticas alimentares no primeiro ano de vida: estudo qualitativo com mães de crianças menores de dois anos. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 16, p. 51145, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51145>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/51145>. Acesso em: 8 abr. 2021.

LAMOUNIER, Joel Alves et al. BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: 25 YEARS OF EXPERIENCE IN BRAZIL. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 486-493, dec. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000400486&lng=en&nrm=iso. Epub June 19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>. Access on 14 Mar. 2020

LAMY, Z. C. *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 659-668, Sept. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300022>.

Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300022&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Apr. 2021.

LEITE, G. O. et al. Women's social representations of the smell of breast milk
Representaciones sociales de mujeres sobre el olor de la leche materna. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160090, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160090>. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/cpq8wSd79qvQNZkzj4D8XQK/?lang=pt>. Access on 25 may 2021.

LIMA, T. M.; OSORIO, M. M. Breast-feeding: profile and associated factors in children under 25 months of age in Northeast Brazil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 3, p. 305-314, Sept. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000300009>. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000300009&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Mar. 2021.

LIMA, A. P. C.; SILVA NASCIMENTO, D.; MARTINS, M. M. F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 2, p. 189-196, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p189-196.2018>. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1633>. Acesso em: 16 dez. 2020.

LEAL, C.C.G. *et al.* Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. **Ciencia y enfermeria**, v. 22, n.6, p.97-106, 2016. DOI 10.4067/S0717-95532016000300097. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e15b/a976133c37796983f2ad62ebea20bcfaecfa.pdf>. Acesso em: 04 maio. 2020.

LOPES, Wanessa Casteluber et al. Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. **Revista Paulista de Pediatria**, 2020, v. 38. Available from: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kFndBzThszpPyXRYvtFBzJc/?format=pdf&lang=en>. Access on 02 fev. 2020.

LOURENCO, A. S. N. *et al.* Fatores associados ao ganho de peso rápido em pré-escolares frequentadores de creches públicas. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 36, n. 3, p. 292-300, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000300292&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2021.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2008.

MACIEL, A. P. P. *et al.* Conhecimento de gestantes e lactantes sobre aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 311-

317, 2013. DOI: doi:10.5020/18061230.2013.p311. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2926>. Acesso em: 7 fev. 2021.

MARIEL, A. *et al.* Prepregnancy adherence to dietary recommendations for the prevention of cardiovascular disease in relation to risk of hypertensive disorders of pregnancy, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 112, Issue 6, December 2020, Pages 1429–1437. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa214>. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/112/6/1429/5890709?redirectedFrom=fulltext>. Access on 15 Jan. 2021.

MCFADDEN, A. S. *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 2. Art. Nº: CD001141. DOI: 10.1002 / 14651858.CD001141.pub5. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/full>. Access on 20 Apr. 2021.

MCLNNES, R; LOVE, J; STONE, D. Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women. *BMC Public Health* 2001; 1(1):10- 13. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-1-10>. Access on 27 Mar. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: **o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 28 abril. 2020.

MELO, K. DA S.; SILVA, K. L. G. D. DA; SANTOS, M. M. D. DOS. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de pré-escolares e escolares residentes em Caetés-PE. **RBONE** - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 12, n. 76, p. 1039-1049, 19 jan. 2019. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/848>. Acesso em: 7 dez. 2020.

MELO, N. K. L. *et al.* Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. **Distúrbios da Comunicação**, v. 33, n. 1, p. 14-24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i1p14-24>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/48739>. Acesso em: 9 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOREIRA, Bruna Luiza Reis; PIRES, Isadora Garcia; GONÇALVES, Danielle Raquel. O CONTEXTO FAMILIAR É UM DOS PRINCIPAIS CONTRIBUINTES PARA A OBESIDADE INFANTIL. **Revista E-Ciência**, v. 8, n. 2, 2021. Disponível em: <http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/927>. Acesso em: 6 mar. 2021.

MOURA, L. P. *et al.* Percepção de mães cadastradas em uma estratégia saúde da família sobre aleitamento materno exclusivo. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1403-1409, 2017. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201712. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13983/16836>. Acesso em: 26 mar.2021.

NARDI, A. L. *et al.* Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1445-1462, Apr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.20382018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401445&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2020.

NASCIMENTO, V. G. *et al.* Aleitamento materno, introdução precoce de leite não materno e excesso de peso na idade pré-escolar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 4, p. 454-459, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2016.05.004>. Acesso em: 23 mar. 2021.

NASCIMENTO, Stephany Beatriz. Nutritional state of children between 0 and 5 years of the state of Pernambuco. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 60304-60315, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15311>. DOI:10.34117/bjdv6n8-446. Acesso em: 23 mar. 2021.

NEVES, A. M.; MADRUGA, S. W. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e2017507, Mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100019>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2021.

NILSON, EAF; ANDRADE, RCS; BRITO, OML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>. Acesso em: 27 jan. 2021.

NÓBREGA, V. C. F. *et al.* As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 121., pp. 429-440. Apr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912111>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912111>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 13 dez. 2020.

NUNES, C. R. N. *et al.* Relationship between the use of kangaroo position on preterm babies and mother-child interaction upon discharge. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 136-143, June, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;2;00006>. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000200136&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Mar. 2021.

OGBUANU, Chinelo et al. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. **Pediatrics**, v. 127, n. 6, pág. e1414-e1427, 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387873/>. DOI: 10.1542 / peds.2010-0459. Access on 15 Mar. 2021

OLIVEIRA, J. G; DA SILVA, J. C; YOUNES, S. Incidência de obesidade infantil entre pré-escolares frequentadores de CMEI de Foz do Iguaçu. **Revista Pleiade**, v. 8, n. 16, p. 60-70, 2014. Disponível em: <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/264/227>. Acesso em: 07 mar. 2021.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Alimentação saudável 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5964:folha-informativa-alimentacao-saudavel&Itemid=839. Acesso em: 13 mar. 2021.

PASSANHA, Adriana; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; VENANCIO, Sonia Isoyama. Characterization of the food consumption of breastfed infants between six to twelve months of age in the State of São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 375-385, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.00132018>. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100375&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Mar. 2021.

PASSANHA, Adriana; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; VENANCIO, Sonia Isovama. Determinants of fruits, vegetables, and ultra-processed foods consumption among infants. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, pág. 209-220, janeiro de 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.06892019>. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100209&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Mar. 2021.

PEREIRA, Patrícia Feliciano; ALFENAS, Rita de Cássia G.; ARAUJO, Raquel Maria A. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 90, n. 1, p. 7-15, Feb. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.02.024>. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713001782?via%3Dihub>. Access on 17 Dec. 2020

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira; LIPINSKI, Jussara Mendes. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, pág. 310-315, junho de 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 mai. 2020.

PRIES, A.M. *et al.* High consumption of commercial food products among children less than 24 months of age and product promotion in Kathmandu Valley, Nepal. **Matern Child Nutr** 2016; 12(2):22-37. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12267>. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12267>. Access on 12 Mar. 2021.

PRYNNE, C.J. *et al.* Fruit and vegetable intakes and bone mineral status: A cross sectional study in 5 age and sex cohorts. **Am J Clin Nutr** 2006; 83(6): 1420-1428. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/83.6.1420>. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article/83/6/1420/4632973>. Access: 19 Mar. 2021.

RAMALHO, A. A. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, p. 43809, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43809>. Acesso em 14 dez 2020.

REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S37-S45, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2020.

R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

RELVAS, G.R; BUCCINI, G.S; VENANCIO, S.I. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. **J Pediatr (Rio J)**. 2019; 95: 584---92. ISSN 0021-7557. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.05.004>. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572019000600584&script=sci_arttext. Access: 01 Feb.2021.

RELVAS, Gláubia Rocha Barbosa; BUCCINI, Gabriela Dos Santos; VENANCIO, Sonia Ioyama. Avaliação Do Uso De Um Manual De Apoio À Implementação Da “Estratégia Amamenta E Alimenta Brasil”. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 14, p. e43322, 2019a. DOI: 10.12957/demetra.2019.43322. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43322>. Acesso em: 27 mar. 2021.

RIMES, K.A; OLIVEIRA, M. I. C de; BOCCOLINI, C.S. Licença maternidade e aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 53, p. 10, 2019. DOI: 10.11606 / S1518-8787.2019053000244. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154094>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ROCHA, G.P. *et al.* Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00045217, 2018. DOI 10.1590/0102-311x00045217. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio. 2020.

ROCHA, N. B. *et al.* O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1293-1305, Dec. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400012>. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400012&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 Mar. 2021.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. bras. enferm. Brasília**, v. 67, n. 1, pág. 22-27, fevereiro de 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140002>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mar. 2021.

RODRIGUES, Alessandro Lima. Implicações da hipertensão arterial e diabetes mellitus na gestação. **DêCiência em Foco**, v. 3, n. 2, p. 120-130, 2019. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/325>. Acesso em: 16 mar. 2021.

ROLIM, M.D.; LIMA, S.M.L.; BARROS, D.C.; ANDRADE, C.L.T. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2359-2369, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152008.00902015>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n8/2359-2369/>. Acesso em: 2 mar. 2021.

ROLLINS, Nigel C. *et al.* Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 387, n. 21, p. 25-44, 2016. Disponível em: <http://maternidadesemneura.com.br/wp-content/uploads/2017/11/investimento.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ROSA, C. **Comer, comer... é o melhor para poder crescer: um estudo dos fatores que influenciam no consumo alimentar infantil**. 2020. Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí). Desenvolvimento Regional.

SALDIVA, S.R.D.M; ESCUDER, M.M; MONDINI, L; LEVY, R.B; VENÂNCIO, S.I. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J Pediatr** (Rio J) 2007; 83(1):53-58. DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.1586>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000100010. Acesso em: 21 mar. 2021.

SAHOO, K., *et al.* Childhood obesity: causes and consequences. **J Family Med Prim Care** 2015; 4(2):187-192. DOI: 10.4103 / 2249-4863.154628. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25949965/>. Access on 3 Nov. 2020.

SALES, G.; NOLÊTO, F.; ROCHA, T. Percepções de mães sobre a prática do aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 33, p. 98-110, 7 nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.33.98-110>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6686>. Acesso em: 29 jan. 2021.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María Del Pilar Baptista. *et al.* Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Cássia RG. **História da educação**. Editora Senac São Paulo, 2021.

SANTOS, M.P. *et al.* Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: Meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 1, p. 59-67, Mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100004>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000100059&lng=en&nrm=iso. Access on 01 Mar. 2021.

SANTOS, E. M. *et al.* Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1211-1222, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.126120171>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1211-1222/pt/>. Acesso em: 5 mar. 2021.

SANTOS, N.C. *et al.* Motivos associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade em lactentes acompanhados em Estratégias de Saúde da Família da cidade de Registro, São Paulo. **Rev Cienc Saude**. 2020;10(4):62-70. DOI: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i4.987>. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/987. Acesso em: 25 jan. 2021.

SIEGEL, S; CASTELLAN, N. J. Jr. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, C. M. *et al.* Práticas educativas de acordo com os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, pág. 1661-1671, maio de 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.14442015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501661&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2021.

SILVA, Luiz Alberto; LEÃO, Marcelo Brito Carneiro. O software Atlas. ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 24, p. 715-728, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/yBwC9L74v4vD3s4PwVXggsk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SILVA, Rita de Cássia Ribeiro *et al.* Covid-19 pandemic implications for food and nutrition security in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3421-3430, Sept. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020>. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903421&lng=en&nrm=iso>. Access on 29 Jan. 2021.

SIEGEL, S. & CASTELLAN, Jr, N.J. Estatística Não Paramétrica para as Ciências do Comportamento. ArtmedBookman. São Paulo, 2006, reimpressão 2008.

SIMON, Viviane Gabriela N; SOUZA, José Maria P. de; SOUZA, Sonia Buongermينو de. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 389-394, Dec. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-0582200900040000>. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000400007&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 Mar. 2021.

SMITHERS, L.G. *et al.* Associations between dietary patterns at 6 and 15 months of age and sociodemographic factors. **Eur J Clin Nutr.** 2012 Jun; 66(6):658-66. doi: 10.1038/ejcn.2011.219. Epub 2012 Jan 11. PMID: 22234044. Available from: <https://www.nature.com/articles/ejcn2011219>. Access: 5 Fev. 2021.

SOUSA, A.M, FRACOLLI, L.A, ZOBOLI, E.L.C.P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Rev Panam Salud Publica.** 2013;34(2):127–34.). Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n2/127-134>. Acesso em: 4 dez. 2020.

SOUSA, A.A.; OLIVEIRA, A.J.O.; SILVA, S.M.; SILVA, V.L.S. *et al.* Perfil nutricional de crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional da cidade do Crato – CE. **Brazilian Journal of Health Review**, v.2, n.4, p.2941-2947, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-058>. Acesso em: 8 mar. 2021.

SOUSA, Eneida Laís Oliveira. *et al.* Práticas de complementação ao leite materno: concepções de puérperas sobre aleitamento materno e uso de fórmula infantil. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 76-84, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.18378/rebes.v9i2.6149>. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6149>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SOTERO, A.M, CABRAL, P.C, SILVA, G.A.P. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Rev Paul Pediatr** 2015; 33(4):445-452. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.006> 0103-0582/. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n4/pt_0103-0582-rpp-33-04-0445.pdf Acesso em: 20 jan. 2021.

SORRENTINO, E; VENANCIO, S.I. Conhecimentos e práticas dos pais de crianças de 6 a 12 meses sobre alimentação complementar: desafios do cuidado em saúde. **Demetra.** 2019;14 (1):1-18. DOI: 10.12957/demetra.2019.43550. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43550>. Acesso em: 21 jan. 2021.

STRAPASSON, Márcia Rejane. Associações entre aleitamento materno e hipertensão gestacional. 2018. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre – RS, 2018.

TORQUATO, Isolda Maria Barros. *et al.* Padrão do aleitamento materno de crianças. **Revista de Enfermagem. Pernambuco.**

ISSN: 1981-8963. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237050p2514-2521-2018>. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237050/30130>. Acesso em: 5 mar. 2021.

UWAEZUOKE, S. N.; ENEH, C. I.; NDU, I. K. Relationship Between Exclusive Breastfeeding and Lower Risk of Childhood Obesity: A Narrative Review of Published Evidence. **Clinical medicine insights.** Pediatrics, v 11, p. 1179556517690196, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1179556517690196>. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1179556517690196>. Access: 6 Jan. 2021.

VANDEVIJVERE, S.; RIDDER, K.; FIOLET, T. *et al.* Consumption of ultra-processed food products and diet quality among children, adolescents and adults in Belgium. **Eur J Nutr** 58, 3267–3278 (2019). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00394-018-1870-3>. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00394-018-1870-3>. Access on 12 Mar. 2021.

VIEIRA, Tatiana de Oliveira. *et al.* Maternal intention to breastfeed: a systematic review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3845-3858, Dec. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.17962015>. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203845&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 Mar. 2021.

VERTICCHIO, D. F. dos R.; VERTICCHIO, N. de M. The impacts of social isolation about changes of eating behavior and weight gain during the COVID-19 pandemic in Belo Horizonte and metropolitan region, State of Minas Gerais, Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e460997206, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7206. Available from: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7206>>. Access 15 dec. 2020.

VIUNISKI. Nataniel. **Obesidade Infantil**: guia prático. 3º Ed., atual e ver – Porto Alegre: Criação Humana, 2019.

WAGNER, L.P.B. *et al.* Strengthening and weakening factors for breastfeeding from the perspective of the nursing mother and her family. **Rev Esc Enferm USP.** 2020;54:e03563. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018034303564>. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v54/1980-220X-reeusp-54-e03563.pdf>. Access on 14 Dec. 2020.

WHO - WOLRD HEALTH ORGANIZATION. Child growth standards. 2006. Available from: <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards>. Access on Dez. 2020.

WHO - WOLRD HEALTH ORGANIZATION. Guideline development group meeting on complementary feeding of infants and children. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/12/02/default-calendar/who-guideline-development-group-meeting-on-complementary-feeding-of-infants-and-children>. Access on Dez. 2019.

WHO - WOLRD HEALTH ORGANIZATION. **COMPLEMENTARY SUPPLY**. 2019a. Available from: https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding#tab=tab_1. Access on 12 Mar. 2021.

WHO - WOLRD HEALTH ORGANIZATION. **Breastfeeding**. 2020. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1. Access on 02 Dez. 2019.

WHO - WOLRD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**, 2020a. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Access on 02 Mai. 2020.

WHO - WOLRD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**, 2020b. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>. Access on 04 Mai. 2020.

WHO - WOLRD HEALTH ORGANIZATION. **A OMS exorta os governos a promoverem alimentos saudáveis em instalações públicas**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/12-01-2021-who-urges-governments-to-promote-healthy-food-in-public-facilities>. Acesso em: 12 mar. 2021.

APÊNDICES

Apêndice A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – FORMULÁRIO

Parte I - Informações Sociodemográficas da Mãe/responsável

- 1- Nome
- 2- Sexo
 - a. Feminino
 - b. Masculino
- 3- Data de Nascimento
- 4- Estado civil
 - a. Solteiro
 - b. Casado
 - c. Divorciado
 - d. União estável
- 5- Qual a sua cor?
 - a. Brando
 - b. Pardo
 - c. Negro
- 6- Você frequentou a escola?
() Sim () Não
- 7- Você sabe ler e escrever?
() Sim () Não
- 8- Qual o seu grau de escolaridade?
 - a. Ensino fundamental I () Completo
 - b. Ensino fundamental I () Incompleto
 - c. Ensino fundamental II () Completo
 - d. Ensino fundamenta II () Incompleto
 - e. Ensino médio () Completo
 - f. Ensino médio () Incompleto
 - g. Ensino superior () Completo
 - h. Ensino superior () Incompleto

9- Em qual período você cuida da criança?

- a. Todos os horários
- b. Só pela manhã
- c. Só a tarde
- d. Só a noite
- e. Tarde e noite
- f. Outra pessoa cuida da criança

10- Qual a sua renda?

- a. Menos de um salário mínimo
- b. Um salário mínimo
- c. Mais de um salário mínimo.
- d. Mais de dois salários mínimos

11- Qual a sua situação empregatícia?

- a. Emprego formal
- b. Emprego informal
- c. Desempregado

12- Em qual Unidade Básica de Saúde sua família é atendida (escreva o nome da unidade e o bairro)?

Parte II - Informações nutricionais e antropométricas da criança

13- Qual o nome da criança?

14- Qual a Data de Nascimento da criança?

15- Qual a idade da criança?

16- Qual o sexo da criança?

- a. Feminino
- b. Masculino

17- Qual o peso da criança mais recente? (caso não saiba, olhar na caderneta da criança página 54).

18- Qual a altura da criança? (caso não saiba, olhar na caderneta da criança página 54).

Apêndice B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte I – Perfil Alimentar das crianças de zero a cinco anos

- 1- A sra. amamentou seu filho(a)? Se sim, até quantos meses? Achou o tempo suficiente? Se não, por quê?
- 2- Durante a gravidez, desejava amamentar seu filho (a)?
- 3- O que a senhora entende sobre Aleitamento Materno exclusivo (AME)?
- 4- Existe algum benefício para a criança e/ou para mãe quando se oferece o leite materno?
- 5- Poderia explicar como era ou é a oferta do leite materno ao seu filho?
- 6- Você teve ou tem algum problema que dificultou a oferta do Leite Materno? Sim. Qual foi? Houve resolução?
- 7- Nas consultas de acompanhamento do seu filho (a) lhe informam/ informaram sobre o período certo da introdução alimentar e o quê oferecer? Se sim, poderia me dizer alguns dos alimentos recomendados? Se não, recebeu orientação de quem?
- 8- Saberria informar qual o período certo para dar alimentação que não seja o leite materno? Por quê?
- 9- Poderia dizer se ofertava outros líquidos junto com o leite materno? Se sim, quais?
- 10- O seu filho tem acesso a bebidas com excesso de açúcar, como: refrigerantes, achocolatados, suco de caixinha? Se sim, qual a frequência do consumo durante a semana? Qual a sua opinião sobre isso?
- 11- Descreva a alimentação que a sra oferece a seu filho (a), durante as refeições. Com que frequência? Gostaria de alimenta-lo diferente? Se sim, com o quê?
- 12- O seu filho tem acesso a alimentos como: coxinha, pastel, pizza e salgadinhos de pacote? Se sim, qual a frequência do consumo durante a semana? Qual a sua opinião sobre isso?
- 13- O seu filho tem acesso a alimentos como: biscoitos, salgadinhos de pacote, pirulitos? Se sim, Qual a frequência do consumo durante a semana? Qual a sua opinião sobre isso?

- 14- O (A) senhor (a) trabalha? Você acha que o fato de trabalhar influencia na oferta do leite materno ao seu filho? Por quê?
- 15- Você acha que o fato de não trabalhar influencia na oferta do leite materno ao seu filho? Por quê?
- 16- A alimentação do seu filho mudou após a pandemia do covid-19? Pra melhor ou para pior? Se sim, em quê? Exemplifique.

Parte II – Formulário relacionado às informações do Pré-natal e parto

- 1- Qual o seu nome?
- 2- Sexo
 - a. Feminino
 - b. Masculino
- 3- Qual a sua Data de Nascimento?
- 4- Em qual Unidade Básica de Saúde sua família é atendida (escreva o nome da unidade e o bairro)?
- 5- A Sra. fez pré-natal?
() Sim () Não
- 6- Quantas consultas?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () mais de 10
- 7- Durante as consultas do pré-natal falaram a senhora da importância em amamentar seu filho?
() Sim, às vezes () Sim, bastante () Não
- 8- Participou de alguma palestra sobre o aleitamento materno?
() Sim. Quantas vezes _____
() Não
- 9- Qual foi o tipo de parto?
() Normal
() Cesário
() Fórceps
- 10- A criança mamou na primeira hora de vida, na sala de parto?
() Sim
() Não
() Não lembra

11- Qual foi o peso da criança ao nascer? (caso não saiba, olhar na caderneta da criança).

Anexo B

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, DE ACORDO COM OS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS

Tabela 2 – Critérios para classificação do estado nutricional, de acordo com os índices antropométricos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z 2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza acentuada	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso		Sobrepeso		
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Peso elevado para a idade	Obesidade		
> Percentil 99,9	> Escore-z +3		Obesidade	Obesidade		Obesidade grave		

Fonte: Adaptado de Organización de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño versión 1 – Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

Anexo C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **“Estado nutricional e perfil alimentar das crianças menores de cinco anos assistidas na Atenção Primária à Saúde”**, desenvolvido pela discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB: **Emmanuela Lira Pereira**, sob a orientação e responsabilidade das docentes: **Prof. Dra. Mônica Simões e Cláudia Martiniano**, a pesquisa será realizada nas **Unidades Básicas de Saúde da Família**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a **apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP** ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma, bem como, agendar com antecedência a visita para execução do mesmo.

Campina Grande, 07 de Maio de 2020.

Atenciosamente,

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula

(Coordenação de Educação na Saúde)

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

*A pesquisa só poderá ser realizada após o fim da Pandemia do COVID - 19

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126

Anexo D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.209.745

Declaração de concordância	DECLARACAODECONCORDANCIACOMPROJETODEPESQUI.pdf	04/08/2020 17:05:43	EMMANUELA LIRA PEREIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOCEP.docx	04/08/2020 17:04:00	EMMANUELA LIRA PEREIRA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOPEQUI SADORRESPONSAVELEMCUMPRIROSTERMOSDARESOLU466.docx	04/08/2020 17:03:31	EMMANUELA LIRA PEREIRA	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADAEMMANUELA2.pdf	12/05/2020 05:57:13	EMMANUELA LIRA PEREIRA	Acelto

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINA GRANDE, 12 de Agosto de 2020

Assinado por:
Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa
(Coordenador(a))

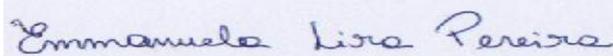
Anexo E**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS (TCPR)**

Titulo da Pesquisa: ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS
CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

Eu, Emmanuela Lira Pereira, enfermeira, mestranda do programa de pós graduação em Saúde Pública, portador(a) do RG: 3023299 SSDS-PB e CPF: 010.086.954-83 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Local e Data, 07 de Maio de 2020.



Assinatura do(a) Pesquisador responsável

Anexo F

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

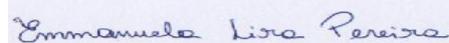
Título da Pesquisa: ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS, DE ZERO A CINCO ANOS, ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eu, Mônica Simões , professora do departamento de Farmácia, da Universidade Estadual da Paraíba portador(a) do RG: 867299 SSP PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 07 de maio de 2020.



Orientadora



Pesquisador Responsável
Orientando

Anexo G**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, sob a responsabilidade de Emmanuela Lira Pereira e do orientador Profa. Dra. Mônica Simões vinculada ao Departamento de Farmácia e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e a o Profa. Dra. Cláudia Martiniano vinculada a Universidade Estadual de Campina Grande (UEPB) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda que devido a pandemia vivida ocasionada pelo corona vírus SARS COV-2 (COVID-19) com impactos que ultrapassam a saúde pública, é essencial e necessária a adoção de medidas para proteger a saúde e a vida das pessoas. Seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do conep, afim de evitar a sua transmissão serão tomadas algumas medidas antes de iniciar a coleta dos dados, são elas: o pesquisador e o pesquisado deverão utilizar a máscara de proteção, como também deverão utilizar em suas mãos álcool a 70% ou realizar a lavagem das mãos com água e sabão, antes e após a coleta dos dados.

É relevante também que compreenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Devido a crescente estatística relacionada à obesidade infantil nos últimos anos, este estudo se justifica, pois seu objetivo geral consiste em: investigar o estado nutricional, o perfil alimentar e as condições de alimentação das crianças de zero a cinco anos assistidas na Atenção primária à Saúde, no município de Campina Grande - PB. Acredita-se que o estudo poderá contribuir para atualizar a real situação nutricional e o perfil alimentar da população relatada, bem como, buscar conhecer e entender as facilidades e dificuldades das mães relacionadas à alimentação complementar.

Sobre o instrumento de coleta de dados, a fim de atender os aspectos qualitativos da pesquisa, será necessário realizar uma entrevista, exclusivamente, com as mães das crianças, essas serão realizadas pela plataforma Google meet. Após contato telefônico com as mães, para saber se as mesmas aceitam participar, será marcado um melhor horário para esse procedimento ocorrer. A pesquisadora enviará à mãe da criança o link da reunião pelo whatsapp. Tendo em vista que a plataforma Google meet grava áudio e imagem a participante ficará a vontade para deixar ou não a camera aberta. Será utilizada para guiar a entrevista um roteiro semiestruturado, contemplando dados de identificação, além de características socioeconômicas relacionadas ao grau de instrução, como também, informações sobre a alimentação exclusiva e complementar da criança e, os fatores que influenciam as mães no oferecimento de uma alimentação complementar adequada. Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

Os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação da pesquisa consistem: os riscos de constrangimento dos participantes da pesquisa, diante da exposição do tema no momento da entrevista, e de incômodo relacionado ao processo de entrevista, como cansaço, desconforto, inquietação, tensão ao responder perguntas e durante gravações de áudio, estresse e apreensão social e no relacionamento com o pesquisador.

A fim de minimizar os riscos serão adotadas medidas, como: garantir a confidencialidade dos dados, esclarecendo os objetivos da pesquisa e seus principais pontos: iniciar a entrevista apenas após o consentimento dos participantes, assim como a gravação de áudio; analisar e revisar criteriosamente todas as perguntas e pontos do instrumento de coleta de dados antes de sua aplicação; optar por perguntas claras e objetivas evitando que a entrevista se torne longa e cansativa e surgir o risco de tensão na relação pesquisador-pesquisado; proporcionar um ambiente agradável e reservado para o processo de entrevista, evitando constrangimento social; e explicar para o participante seu direito de desistência da participação da pesquisa em qualquer momento desta, sem que haja danos para o mesmo, conforme a Resolução CNS 466/12/ CNS/MS.

Os benefícios que o estudo pretende trazer é a realidade do estado nutricional e perfil alimentar das crianças de zero a cinco anos, mas também compreender a realidade das mães frente aos fatores que influenciam na oferta dessa alimentação. Podendo assim, indicar recomendações com sugestões de possíveis melhorias

nesse processo. O estudo pretende ainda, possibilitar a disseminação do conhecimento dando destaque à produção científica, regional e nacional, do tema abordado.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não haverá qualquer despesa, ônus ou vantagem financeira aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não há necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ ou da Instituição responsável.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Emmanuela Lira Pereira, através do e-mail: emmanuela_lira@hotmail.com, ou do endereço: Rua: Baraúnas, 351 – Bairro Universitário – Campina Grande – PB, CEP: 58429-500, Fone/fax: 83 98864-8063.

Ao final da pesquisa, será enviado para o e-mail da participante uma cópia deste termo.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado

no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

Anexo H

TERMO DE ASSENTIMENTO (TA)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, sob a responsabilidade de: Emmanuela Lira Pereira e do orientador e do orientador Profa. Dra. Mônica Simões vinculada ao Departamento de Farmácia e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e a o Profa. Dra. Cláudia Martiniano vinculada a Universidade Estadual de Campina Grande (UEPB) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, de forma totalmente voluntária.

Devido a crescente estatística relacionada à obesidade infantil nos últimos anos, este estudo se justifica, pois seu objetivo geral consiste em: investigar o estado nutricional, o perfil alimentar e as condições de alimentação das crianças de zero a cinco anos assistidas na Atenção primária à Saúde, no município de Campina Grande - PB. Acredita-se que o estudo poderá contribuir para atualizar a real situação nutricional e o perfil alimentar da população relatada, bem como, buscar conhecer e entender as facilidades e dificuldades das mães relacionadas à alimentação complementar.

Para realizar essa pesquisa é importante que entenda que devido a pandemia vivida ocasionada pelo corona vírus SARS COV-2 (COVID-19) com impactos que ultrapassam a saúde pública, é essencial e necessária a adoção de medidas para proteger a saúde e a vida das pessoas. Seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do conep, afim de evitar a sua transmissão serão tomadas algumas medidas antes de iniciar a coleta dos dados, são elas: o pesquisador e o pesquisado deverão utilizar a máscara de proteção, como também deverão utilizar em suas mãos álcool a 70% ou realizar a lavagem das mãos com água e sabão, antes e após a coleta dos dados.

É relevante também compreender como a pesquisa se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A responsável pela pesquisa convidará o responsável pela criança para responder um formulário sobre o hábito alimentar, como também o peso e comprimento/estatura relacionada à mesma.

Para esse estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quanti-qualitativa. O instrumento utilizado para realização desta pesquisa será o formulário do SISVAN, intitulado como Marcadores do Consumo Alimentar, como também outro formulário em que serão armazenados os dados antropométricos das crianças.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução N^o. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação da pesquisa se harmoniza com os riscos encontrados na classificação de risco mínimo, que são: invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como os hábitos alimentares dos seus filhos e da família, o perfil sociodemográfico. Sentir-se discriminada e estigmatizada por não oferecer determinado alimento ao filho a partir do conteúdo revelado; divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE).

A fim de minimizar os riscos serão adotadas medidas, como: garantir a confidencialidade dos dados, esclarecendo os objetivos da pesquisa e seus principais pontos: iniciar a aplicação do formulário apenas após o consentimento dos participantes, analisar e revisar criteriosamente todas as perguntas e pontos do instrumento de coleta de dados antes de sua aplicação; proporcionar um ambiente agradável e reservado para o processo da aplicação do formulário, evitando constrangimento social; e explicar para o participante seu direito de desistência da participação da pesquisa em qualquer momento desta, sem que haja danos para o mesmo, conforme a Resolução CNS 466/12/ CNS/MS.

Não haverá qualquer despesa, ônus ou vantagem financeira aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa

incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não há necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ ou da Instituição responsável.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada, sendo que seu nome ou o material que indique sua participação será mantido em sigilo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Este termo foi elaborado em conformidade com o Art. 228 da Constituição Federal de 1988; Arts. 2º e 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente; e Art. 27 do Código Penal Brasileiro; sem prejuízo dos Arts. 3º, 4º e 5º do Código Civil Brasileiro.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Emmanuela Lira Pereira, através dos telefones (83) 98864-8063 ou através dos e-mail: emmanuela_lira@hotmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade (se já tiver documento) _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar

desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisado



Impressão dactiloscópica

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(Utilizado nos casos para os responsáveis dos menores / legalmente incapazes).

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de _____ anos na a Pesquisa **“ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, terá como objetivo geral: investigar o estado nutricional, o perfil alimentar e as condições de alimentação das crianças de zero a cinco anos assistidas na Atenção primária à Saúde, no município de Campina Grande – PB.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda que devido a pandemia vivida ocasionada pelo novo coronavírus SARS COV-2 (COVID-19) com impactos que ultrapassam a saúde pública, é essencial e necessária a adoção de medidas para proteger a saúde e a vida das pessoas. Seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do conep, afim de evitar a sua transmissão serão tomadas algumas medidas antes de iniciar a coleta dos dados, são elas: o pesquisador e o pesquisado deverão utilizar a máscara de proteção, como também deverão utilizar em suas mãos álcool a 70% ou realizar a lavagem das mãos com água e sabão, antes e após a coleta dos dados.

É relevante também compreender como a pesquisa se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade caberá responder um formulário intitulado: Marcador de consumo alimentar, respondendo perguntas objetivas sobre o perfil alimentar da criança, o peso e o comprimento/ estatura das crianças para

realizar a classificação do estado nutricional em: magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade.

Os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação da pesquisa se harmoniza com os riscos encontrados na classificação de risco mínimo, que são: invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como os hábitos alimentares dos seus filhos e da família, e o perfil sociodemográfico. Sentir-se discriminada e estigmatizada por não oferecer determinado alimento ao filho a partir do conteúdo revelado; divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE).

A fim de minimizar os riscos serão adotadas medidas, como: garantir a confidencialidade dos dados, esclarecendo os objetivos da pesquisa e seus principais pontos: iniciar a aplicação do formulário apenas após o consentimento dos participantes, analisar e revisar criteriosamente todas as perguntas e pontos do instrumento de coleta de dados antes de sua aplicação; proporcionar um ambiente agradável e reservado para o processo da aplicação do formulário, evitando constrangimento social; e explicar para o participante seu direito de desistência da participação da pesquisa em qualquer momento desta, sem que haja danos para o mesmo, conforme a Resolução CNS 466/12/ CNS/MS.

Os benefícios que o estudo pretende trazer é a realidade do estado nutricional e perfil alimentar das crianças de zero a cinco anos. Podendo assim, indicar recomendações com sugestões de possíveis melhorias nesse processo. O estudo pretende ainda, possibilitar a disseminação do conhecimento dando destaque à produção científica, regional e nacional, do tema abordado.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa, ônus ou vantagem financeira aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não há necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ ou da Instituição responsável.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Emmanuela Lira Pereira, através do e-mail: emmanuela_lira@hotmail.com, ou do endereço: Rua: Baraúnas, 351 – Bairro Universitário – Campina Grande – PB, CEP: 58429-500, Fone/fax: 83 98864-8063.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma. Vale ressaltar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará com você.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

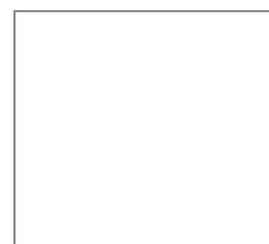
Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do responsável legal pelo menor: _____

Assinatura do menor de idade _____

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa.



Impressão dactiloscópica

Anexo J**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista. AUTORIZO, por meio deste termo, o pesquisador responsável: Emmanuela Lira Pereira a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

- Poderei ler a transcrição de minha gravação;
- Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
- Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
- Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,

Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

Anexo K

RELAÇÃO DOS VII DISTRITOS SANITÁRIOS DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Distrito Sanitário I

Gerente Distrital: Maria do Socorro Florindo 999722559

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
Centro de Saúde Francisco Pinto-Auricélia Alves 99126-1516/99316-4649	R. Venâncio Neiva, S/N - Centro	58400-090	PRÓPRIO	3322-2291
Policlínica Terezinha Garcia Ribeiro (Zona Leste) Engenharia Araújo 98870-7818	R. Pedro da Costa Agra, S/N - José Pinheiro	58407-270	PRÓPRIO	3315-5112
UBS Antonio Arruda	R. Josino Agra, S/N - José Pinheiro	58407-315	PRÓPRIO	3322-5289
UBS Antonio Mesquita de Almeida	R. Professor Hortêncio Ribeiro, 478 - M. Castelo.	58407-015	PRÓPRIO	3310-6098
UBS Campos Sales	R. Campos Sales, S/N - José Pinheiro	58407-450	ALUGADO	3310-6081
UBS Francisco Brasileiro	R. Srg. Edson Sales, S/N - José Pinheiro.	58407-385	PRÓPRIO	3310-6219
UBS Horacina de Almeida (Equipes. I e II)	R. Abdedon Licaribo, S/N - M. Castelo	58407-100	PRÓPRIO	3310-6350
UBS Jardim América I	R. Izabel Alexandre Bernardino- Nova Brasília, 744	58406-585	ALUGADO	3310-6257
UBS Jardim América II	R. Moisés Quirino Pereira, 542 - Glória	58406-575	ALUGADO	3341-9572
UBS Jardim Tavares	R. Clementino Siqueira, 97 - Alto Branco	58401-500	ALUGADO	3310-6355
UBS Plínio Lemos (Equipes. I e II)	R. Severino de Branco, S/N - José Pinheiro	58407-313	PRÓPRIO	3310-6859
UBS Tota Agra	R. José Adelino da Melo, S/N - J. Pinheiro	58407-285	PRÓPRIO	3310-6351
UBS Wesley Cariri Targino	R. Juiz Orlando Tejo, 30 - Nova Brasília	58406-735	PRÓPRIO	3310- 6353

Distrito Sanitário II

Gerente Distrital : Giane Medeiros 8670-6229

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
C. de Saúde da Bela Vista Janaina 98891-4229	R. Pedro II, S/N - Bela Vista	58428-850	PRÓPRIO	3310-6347
UBS Adalberto César (Equipes. I e II)	R. Nilton Paiva Fernandes S/N - Pedregal	58428-450	PRÓPRIO	3310-7046
UBS Bodocongó (Equipes. I e II)	R. Floripêdes Coutinho S/N - Bodocongó	58430-600	PRÓPRIO	3310-7013
UBS Eduardo Ramos (Centenário)	R. Ladislau Rodrigues de Souza, 428 - Centenário	58428-090	ALUGADO	
UBS João Rique (Equipes. I e II)	R. Cantor Paulo Sergio S/N - Bodocongó		PRÓPRIO	3310-7045
UBS Raimundo Carneiro (Equipes. I e II)	R. Reginaldo Cavalcante S/N - Pedregal	58428-315	PRÓPRIO	3310-7047
UBS Malvinas V (Eq. I e II)	R. José Zacarias da Costa, 504 - Malvinas	58433-272	ALUGADO	3310-7075
UBS Ricardo Amorim Guedes (Eq. 6 e 7)	R. Ponta Marinha Santiago S/n		PRÓPRIO	3310-7194

Distrito Sanitário III

Gerente Distrital : Amanda Borges 99803-4853

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
Centro de Saúde da Palmeira Ana Paula Oliveira 98774-5078	R. Ana Azevedo, 508 - Palmeira	58401-093	PRÓPRIO	3310-6342
UBS Araxá	R. Prof. Euripedes Gomes da Cruz, S/N - Jeremias	58404-175	PRÓPRIO	3310-6049
UBS Ronald Filho (Equipes. I e II)	R. Antonieta Cavalcante S/N - Monte Santo	58430-440	PRÓPRIO	3310-6343
UBS Conceição	R. José P. Soares nº. 55 - Conceição		ALUGADO	3321-6684
UBS Inácio Mayer (Equipes. I e II)	R. Antonio Soares da Silva S/N - Jeremias	58404-222	PRÓPRIO	3310-6069
UBS Jardim Continental	R. Antonio A. de Lima, 297 - J. Continental	58403-350	PRÓPRIO	3310-6344
UBS Jeremias II (Equipes. I e II)	R. São Benedito, S/N - Jeremias	58404-075	PRÓPRIO	3322-7485
UBS Jocal Fechine	R. Brunelas S/N - Cuités	58404-864	PRÓPRIO	3310-6346
UBS Monte Santo	R. Agripino Dimiz, 58 - Jeremias	58404-041	PRÓPRIO	3310-6002
UBS Nações	R. Adalto Travassos de Moura, 332 Jardim Menezes	58404-041	ALUGADO	3315- 5116
UBS Novo Araxá	R. Alcides Carneiro, 506- Araxá	58404-620	ALUGADO	
UBS Palmeira	R. Sinhazinha de Oliveira, 403- Palmeira	58401-105	ALUGADO	3310-6358
UBS Rosa Mística	R. Franklin Araújo S/N - Alto Branco	58401-430	PRÓPRIO	3310-6349

Distrito Sanitário IV

Gerente Distrital: Flávia Mendes Suassuna 999007166

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
Centro de Saúde do Catolé Pollyana Lacerda 98891-7801	R. Eutécia Vital Ribeiro, S/N - Catolé	58410-205	PRÓPRIO	3310-7068
UBS Estação Velha	R. Santana Maria da Conceição, 125 Estação Velha	58410-040	ALUGADO	3310-6221
UBS José Aurino Barros Filho Eq. I e II	R. João Benoni de Andrade - Catolé	58410-336	PRÓPRIO	3310-7085
UBS Nossa Sra Aparecida	R. João Bezerra Paz, 35 - Tambor	58410430	ALUGADO	3315-5160
UBS Porteira de Pedra	Trav. João Galdino, 2388 - S. Terezinha	58448-000	ALUGADO	3338-2774
UBS Tambor I	R. do Juá, S/N - Tambor	58414-560	PRÓPRIO	3315-5161
UBS Tambor II	R. Maurício Travassos de Moura, 237 - Tambor	58414-495	ALUGADO	3315-5162
UBS Wilson Furtado	R. Maria Araújo S/N - Vila Cabral	58408-057	PRÓPRIO	3310-7071

Distrito Sanitário V
Gerente Distrital: Rafael Flor 98819-7822

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
C. de Saúde da Liberdade Salete 98793-8645 / 98865-2565 Luciene 98875-4115	R. Manoel L. Gomes, S/N - Liberdade	58414-230	ALUGADO	3310-6354
UBS Bairro das Cidades I	R. São João Del Rei, 22B - B. das Cidades	58421-683	ALUGADO	3310-6133
UBS Bairro das Cidades II	R. Mariana, 39 - Bairro das Cidades	58421-745	ALUGADO	3310-6385
UBS Benjamim B. da Silva (Equipes. I e II)	R. Manoel Batista, S/N - Catingueira	58421-530	PRÓPRIO	3310-6336
UBS Catolé de Zé Ferreira	R. Dulce Amorim 360 - C. Zé Ferreira	58418-343	ALUGADO	3310-6234
UBS Ronaldo Cunha Lima	R. Dalila Brito de Oliveira, Três Irmãs		PRÓPRIO	
UBS Serra da Borborema	R. André Dias Pereira, 102 Ligeiro.	58419-250	ALUGADO	3331-2049
UBS Aluisio Salviano de Farias	R. Maria Porto de Farias 471 Acacio Figueiredo		PRÓPRIO	
UBS Anaildo Carvalho Marinho	R. Maria da Penha Castro Silva QP1 Acacio Figueiredo		PRÓPRIO	
UBS Velame (Equipes. I e II)	R. Coração de Jesus, 63 - Velame	58417-735	ALUGADO	3310-6166
UBS Severino de Souza Costa (Raiff I)	R. Dorgival de Oliveira, 63 Presidente Médice		ALUGADO	
UBS Raiff Ramalho (Equipes. II e III)	R. Fco. L. de Almeida, S/N - Santa Cruz	58417290	PRÓPRIO	3310-6004
UBS Maria de Lourdes Leoncio (Equipe I e II)	R. Josefa Schaefer, S/N - Cruzeiro		PRÓPRIO	33359752
UBS Novo Horizonte	Av. João Valig, 2677-A	58411-170	ALUGADO	3331-1934
UBS Ressurreição	R. Iara Cordeiro da Costa, 400 Ressurreição	58415-503	ALUGADO	3335-7468
UBS Jardim Quarenta	R. Avenida Juscelino Kubitschek 233 Velame		ALUGADO	
UBS Quarenta	Rua do Sol, 810 Santa Rosa		ALUGADO	
UBS Argemiro de Figueiredo	R. José Gonçalves Lucena S/N Rosa Cruz	58414-366	ESTADO	3310-6175

Distrito Sanitário VI
Gerente Distrital: Waldemiro Júnior 999617678

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
Policlínica Luiza Cosme Danta Socorro Ramos 98702-1479 e Tania Jeronimo 98814-	R. Plínio Lemos, S/N Malvinas	58432-870	PRÓPRIO	3310-7063
UBS Ana Amélia Vilar Cantalice (Equipes. I e II)	R. Fernando Noronha, S/N - R. Cavalcante	58423-135	PRÓPRIO	3339-6317
UBS Antonio Aurélio Venunha	R. Maria Eva de Moura, S/N Três Irmãs	58423-490	PRÓPRIO	3310-7072
UBS Djalma Barbosa	Sítio Catolé de Boa Vista	58444-000	PRÓPRIO	9954-8006
UBS Estreito	Distrito de Catolé de Boa Vista	58444-000	PRÓPRIO	3338-3037
UBS Pous Brancos	Sítio Pous Brancos		ALUGADO	8811-7625
UBS Jardim Verdejante	R. Raul Pereira dos Santos, 80 A - Três Irmãs	58423-710	ALUGADO	3310-7073
UBS Juremas (Equipes. I e II)	R. Juremas, 68 - Malvinas I	58432-587	ALUGADO	3310-7145
UBS Malvinas III (Equipe I)	R. Carlos Formiga, 86-Malvinas	58432-728	ALUGADO	3339-5005
UBS Malvinas III (Equipe II)	R. Lidia Batista Marques, 203 -Malvinas	58432-677	ALUGADO	3310-7164
UBS Umbranas	Rua das Umbranas (Malvinas II)	58432-745	ALUGADO	3310-7042

Distrito Sanitário VII
Gerente Distrital: Kamilla Cirne 998460001

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
C. de S. Severino Bezerra Cabral Rosilene 98838-3034	R. José Francisco de Farias S/N-S J Mata	58441-000	PRÓPRIO	3314-1042
UBS Odete L. de Oliveira	R. Baraunas, Universitario Bairro Bodocongo		UEPB	3315-3334
UBS Colibri - (zona urbana I)	R. Arnaldo L. de Melo, 154 - S. J. Mata	58441-000	ALUGADO	3314-1236
UBS Sabá - (zona urbana II)	R. João Agostinho, 331 São Jose da Mata	58441-000	PRÓPRIO	3314-1042
UBS Beija Flor - (zona rural I)	Sítio Tambor - S. J. Mata	58441-000	ALUGADO	3314-1903
UBS Bem-te-vi - (zona rural II)	Sítio Bosque - S. J. Mata	58441-000	ALUGADO	3314-1701
UBS Parda - (zona rural III)	Sítio Capim Grande - S. J. Mata	58441-000	ALUGADO	8891-0120
UBS Mutirão	R. Praça Caixa D'água S/N - Mutirão		PRÓPRIO	3334-9213
UBS Nely Maia	R. Santa Terezinha, S/N - Bodocongo	58431-063	PRÓPRIO	3310-7043
UBS São Januário	Sítio São Januário		PRÓPRIO	3334-8188

Saúde na Hora

UNIDADE	ENDEREÇO	CEP	SIT IMÓVEL	TELEFONE
UBS Adriana Bezerra Carvalho Gerente: Jennifer 86309626	Rua do Sol, S/N Santa Rosa	58416-540	PRÓPRIO	3310-6359
UBS Hindenburgo Nunes de Figueiredo Gerente: Suelane 987646618	R. Joaquim Amorim Júnior - Bodocongo	58430-200	PRÓPRIO	3310-7040
UBS Galante Daniele Menezes 988704539	R. Antonio da Silva, S/N	58446-000	PRÓPRIO	3317-1292
UBS DR. Virgílio Brasileiro Zelma Martins Neves 986603564	Ronaldo Cunha Lima S/N		PRÓPRIO	3331- 2020
UBS Crisostomo Lucena Zelma Martins Neves 986603564	José Cursino siqueira S/N		PRÓPRIO	3331- 2020