



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA**

**RAQUEL ADJAFRE DA COSTA MATOS**

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES APÓS**  
**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: PRÁTICAS E**  
**ORIENTAÇÕES**

Brasília

2011

**RAQUEL ADJAFRE DA COSTA MATOS**

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES APÓS  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: PRÁTICAS E  
ORIENTAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Nutrição Humana, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raquel B. Assunção Botelho  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Akutsu

Brasília

2011

**RAQUEL ADJAFRE DA COSTA MATOS**

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES APÓS  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: PRÁTICAS E  
ORIENTAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Nutrição Humana, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

Aprovada em 29 de julho de 2011.

**MEMBROS DA BANCA:**

---

Professora Doutora Raquel Braz Assunção Botelho  
(Presidente – Universidade de Brasília)

---

Professor Doutora Maria Natacha Toral Bertolin  
(Membro externo – Universidade de Brasília)

---

Professora Doutora Renata Monteiro  
(Membro interna – Universidade de Brasília )

Adjafre, Raquel

Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo: práticas e orientações/Raquel Adjafre  
Dissertação de mestrado/ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2011.

Área de Concentração: Nutrição

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raquel B. Assunção Botelho

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Akutsu

1. Alimentação complementar 2. Lactentes 3. Recomendação nutricional 4. Prática profissional 5. Guia alimentar

Para meus pais, Tânia e Aureliano, meus irmãos,  
Daniel, Grazieli e Maria. Meus amigos e familiares:  
minha eterna fonte de energia e inspiração.

## AGRADECIMENTOS

Às minhas inspiradoras mestres, Raquel Botelho e Rita Akutsu, a quem devo minha paixão pela ciência da Nutrição.

Às Nutricionistas da Secretaria de Saúde do GDF, Dr<sup>a</sup> Adriana Haack e Dr<sup>a</sup> Mariana Martins, pelo suporte à realização deste trabalho.

Às Pediatras da Secretaria de Saúde do GDF, Dr<sup>a</sup> Sylvia Arcoverde e Dr<sup>a</sup> Tatiana Coimbra, pelo carinhoso apoio ao contato com os Pediatras participantes da presente pesquisa.

À Alessandra Adjafre pelo apoio na coleta de dados.

À Dr<sup>a</sup> Verônica Ginani pela elaboração do banco de dados coletados na pesquisa.

Ao Marcelo Pontes pelo suporte, em todos os sentidos, à concretização deste trabalho.

Aos meus queridos lactentes da Fundação Cabo Frio, os verdadeiros culpados pela escolha do meu tema.

Às colegas Nutricionistas Gabriella Villas Bôas e Cecília Dowsley, pelo suporte às minhas atividades profissionais.

À Secretaria de Saúde do GDF, por permitir a realização do presente trabalho.

“A dúvida é o princípio da Sabedoria.”

ARISTÓTELES

## RESUMO

Uma nutrição adequada durante a infância é fundamental para o desenvolvimento do potencial humano completo de cada criança. Nos últimos anos, têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem tido menos progressos. Novos conhecimentos sobre alimentação infantil adquiridos nos últimos vinte anos tornaram ultrapassados muitos conceitos e recomendações que fizeram parte da prática de profissionais de saúde por muito tempo. No entanto, uma parcela da população, inclusive esses profissionais, desconhece os avanços científicos nessa área. Sendo assim, este trabalho objetivou comparar as publicações nacionais datadas após a publicação do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde e compará-los, apontando suas convergências e divergências; assim como avaliar as práticas de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal quanto à introdução de alimentos complementares. O presente trabalho é uma pesquisa transversal exploratória, onde se realizou um levantamento bibliográfico sobre o tema alimentação complementar no Brasil para confronto com as recomendações do Guia do MS. Além disso, um instrumento composto por 37 questões sobre práticas de profissionais de saúde sobre alimentação complementar foi enviado por e-mail para os 180 Pediatras e 60 Nutricionistas que correspondiam ao total de profissionais disponíveis nos Centros de Saúde do GDF no ano de 2010. Obteve-se como resultado, uma análise de nove referências entre livros, artigos e dissertação, que divergiram do Guia em 67% (n=14) do total das 21 orientações analisadas. Quanto ao instrumento, obteve-se um retorno de resposta de 28% por parte dos Pediatras e de 40% por parte dos Nutricionistas. Foram, então, analisados 72 instrumentos. A taxa de resposta encontrada foi acima da expectativa de retorno para instrumentos enviados de forma eletrônica que é de 10%. Os resultados mostraram desacordo entre os profissionais em diversas condutas o que foi corroborado pela constatada divergência entre a literatura científica analisada. Destacou-se a ausência de informações principalmente no que tange à técnica dietética no preparo de refeições direcionadas ao público em questão. O presente trabalho mostra, portanto, que ainda há muitas lacunas a serem preenchidas na literatura nacional e no Guia do Ministério da Saúde quanto ao correto manejo da alimentação complementar após o aleitamento materno exclusivo. Há divergência entre fontes de informação sobre o tema analisado assim como entre as práticas de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF.



## ABSTRACT

An appropriate nutrition during childhood is fundamental for a complete development of a human being potential in each child. In recent years, many developments on breastfeeding campaigns have happened, although, the complementary feeding campaigns have been less effective. New facts about child nutrition acquired in the last 20 years have made many concepts and recommendations given by health professionals obsolete. However, a share of the population, including these professionals, does not know the scientific advances that have been developed in this field. Therefore, this work intends to diagnose the actual practice of Paediatricians and Nutritionists of the Health Office that deal with complementary feeding of infants of the Distrito Federal and analyse if there are and which are the most relevant divergences found on the scientific literature on this topic in contrast to the feeding guide for under two year old children of the Health Ministry in Brazil (MS). This work is an transversal investigation in which a bibliographical search on the topic of complementary feeding in Brazil in comparison to the Health Ministry guide recommendations has taken place. Besides that, a 37 questions survey about the practice of Health professionals on complementary feeding was sent by e-mail to the 180 Paediatricians and 60 Nutritionists that corresponded to the total of professionals in the Health Centres of the Federal District of Brazil in 2010. The result was that from 21 orientations cited in the guide and compared to the other references, 67% (n=14) of them diverged. As for the instrument, there has been a 28% (n=50) Paediatricians response and a 40% (n=24) Nutritionists response. As a result, 72 instruments have been analysed. The rate of responses was higher than this type of survey average, which is 10%. The results have shown disagreement among the professional in many of their practices which has confirmed the divergences that had been previously seen on scientific literature. Lack of information on the dietetic techniques was observed. This work shows, thus, that there are some lacks to be filled in the national literature and in the Health Ministry Guide, on the correct procedures on complementary feeding after only breastfeeding time. Paediatricians and Nutritionists diverge and follow different sources of information.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE QUADROS.....	xi
LISTA DE FIGURAS.....	xii
<b>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA .....	21
2.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
2.3 INSTRUMENTO.....	22
2.4 AMOSTRA E PROCEDIMENTO DE COLETA.....	23
2.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
<b>CAPÍTULO 3 - RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
3.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: CONCORDÂNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE AS ORIENTAÇÕES DE PUBLICAÇÕES BRASILEIRAS E O GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	26
3.2 PRÁTICAS DE PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL QUANTO À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS APÓS ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	45
<b>CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
APÊNDICE 1.....	71
APÊNDICE 2.....	77
APÊNDICE 3.....	79

**LISTA DE TABELAS**

TABELA 1	PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DF	50
----------	--	----

**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1	COMPARAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES GERAIS ENTRE AS PUBLICAÇÕES ANALISADAS	31
QUADRO 2	COMPARAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES, POR MÊS DE VIDA, ENTRE AS PUBLICAÇÕES ANALISADAS	33
QUADRO 3	COMPARAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES, POR GRUPOS DE ALIMENTOS, ENTRE AS PUBLICAÇÕES ANALISADAS	33
QUADRO 4	COMPARAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES, QUANTO ÀS RESTRIÇÕES ALIMENTARES, ENTRE AS PUBLICAÇÕES ANALISADAS	34

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA	1	REFERÊNCIAS E MEIO DE ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DF	51
FIGURA	2	RECOMENDAÇÃO QUANTO À UTILIZAÇÃO DE AÇÚCAR DE PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DF	53
FIGURA	3	RECOMENDAÇÃO QUANTO À UTILIZAÇÃO DE SAL DE PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DF	54
FIGURA	4	IDADE, EM MESES, EM QUE É RECOMENDADA A INTRODUÇÃO DE CARNES, PEIXES, FRUTOS DO MAR, VÍSCERAS E OVOS POR PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DF	56
FIGURA	5	IDADE, EM MESES, EM QUE É RECOMENDADA A INTRODUÇÃO DE OLEAGINOSAS, MEL, CEREAIS E, ESPECIFICAMENTE, O TRIGO POR PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DF	57
FIGURA	6	PRODUTOS INDICADOS COMO SUBSTITUTO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO POR PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DF	58

## CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

A infância é uma fase de extrema relevância para o desenvolvimento do potencial do ser humano. As patologias e distúrbios que ocorrem nesta fase podem repercutir ao longo de toda a vida do indivíduo e o aleitamento materno se mostra essencial para a adequação alimentar deste período (BRASIL, 2009a). O aleitamento materno não só oferece uma fonte de nutrientes especialmente ajustadas às condições digestivas e metabólicas da criança, oferecendo também proteção contra micro-organismos patogênicos, um maior vínculo entre mãe e filho e, além disso, reduz a probabilidade do desenvolvimento de alergias (CURY, 2009).

Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos de forma adequada, segura e no tempo correto é imprescindível para um adequado desenvolvimento do lactente e prevenção de distúrbios nutricionais. Porém, a implantação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende do trabalho conjunto dos diversos setores da saúde constituindo-se em um amplo desafio para o sistema de saúde (BRASIL, 2009a).

O consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, principalmente entre as crianças menores de dois anos de idade (OLIVEIRA, 2005). É bem reconhecido que o período entre o nascimento e os dois anos de idade é uma janela de tempo crítica para a promoção do crescimento, da saúde e do desenvolvimento ótimos. Esta é a idade pico em que ocorrem falhas de crescimento, deficiências de alguns nutrientes e enfermidades comuns da infância (OPAS, 2003).

Grandes esforços têm sido feitos nos últimos anos para promover o aleitamento materno por todas as mães (WHO, 2004). Essa recomendação se pauta no conhecimento de que, até os seis meses de vida, o leite materno exclusivo é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança, além de favorecer a proteção contra doenças. Após essa idade, a inclusão dos alimentos complementares no esquema alimentar da criança tem o objetivo de elevar, principalmente, as quotas de energia e micronutrientes, mantendo-se o aleitamento ao peito até 24 meses de idade da criança (OLIVEIRA, 2005).

A alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno (WHO/UNICEF, 1998). E já está demonstrada a influência desta alimentação no substrato metabólico do indivíduo, na aquisição do paladar, no controle do apetite e no desenvolvimento psicomotor (SPDF, 2008).

Evidências atuais são conclusivas quanto ao fato de que seis meses é a idade adequada para introdução de alimentos complementares. Apesar de vários estudos independentes falharem ao tentar estabelecer qualquer benefício significativo associado com a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de idade, a desnutrição é bem documentada em países como Nigéria e Etiópia, onde a amamentação prolongada, além da idade de seis meses, é praticada sem complementá-la com alimentos adequados (MERWE et al., 2007).

Porém, Arden (2010) afirma que a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi baseada em uma análise da adequação do aleitamento materno nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, em vez de analisar quaisquer efeitos negativos da introdução de alimentos sólidos, entre quatro e seis meses, particularmente para os países desenvolvidos, onde o risco de doença gastrointestinal é baixo. Isto levou a um debate na literatura sobre a utilidade da rígida recomendação de seis meses da OMS versus uma de quatro a seis meses (mas não antes de quatro meses) que permite o ajuste de acordo com as diferenças individuais. Isso demonstra apenas um dos vários pontos de divergência da literatura quanto ao tema alimentação complementar.

Monte et al. (2004) tem evidenciado desnutrição em virtude dessa prática e, depois que uma criança alcança dois anos de idade, é muito difícil reverter a falha de crescimento ocorrida anteriormente. As consequências imediatas da desnutrição durante esses anos de formação incluem uma morbimortalidade significativa e um desenvolvimento mental e motor atrasados (MONTE et al., 2004).

Em longo prazo, as deficiências nutricionais estão ligadas a impedimentos no rendimento intelectual, na capacidade de trabalho, na saúde reprodutiva e na saúde geral durante a adolescência e a fase adulta. Como consequência, o ciclo de desnutrição continua, já que a menina desnutrida ao crescer tem maiores possibilidades de dar à luz um bebê desnutrido de baixo peso ao nascer. Em complemento a essas informações a

Organização Panamericana de Saúde (OPAS) revela que as práticas deficientes de lactação materna e a alimentação complementar, junto a um índice elevado de enfermidades infecciosas são as principais causas de desnutrição nos primeiros anos de vida (OPAS, 2003).

A maioria dos estudos mostra que a melhoria da dieta da criança tem impacto positivo sobre o crescimento infantil. Uma revisão sistemática recente demonstrou que, de 14 estudos de intervenção alimentar, 12 tiveram efeito positivo no crescimento, sendo que em cinco foram utilizados alimentos suplementares, em dois foram usados preparados especiais e em quatro foi oferecido apenas aconselhamento nutricional. É interessante mencionar que as intervenções que utilizaram aconselhamento, além do impacto positivo no crescimento, também melhoraram as práticas maternas, a dieta infantil, além de reduzir as taxas de anemia e melhorar o desempenho dos profissionais (VALLE, 2004).

Nos últimos anos, têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem tido menos progressos (WHO/UNICEF, 1998). Novos conhecimentos sobre alimentação infantil adquiridos nos últimos 20 anos tornaram ultrapassados muitos conceitos e recomendações que fizeram parte da prática pediátrica e nutricional por muito tempo. No entanto, uma parcela da população, incluindo profissionais de saúde, desconhece os avanços científicos nessa área (PAHO/WHO, 2003).

Além disso, poucos estudos têm sido realizados para avaliar como os pais recebem as recomendações sobre a introdução de alimentos. Skinner et al. (1997) concluíram que os pais têm uma tendência a introduzir alimentos mais cedo do que o recomendado, e em outro estudo, Schoetzau et al. (2002) encontraram uma baixa adesão às recomendações de prevenção de alergias no período de alimentação complementar em mães mais jovens e baixa escolaridade.

Por esta razão, é essencial assegurar que as pessoas encarregadas do cuidado e saúde das crianças recebam orientação apropriada sobre a alimentação ótima de lactantes e crianças pequenas (OPAS, 2003). Mas, na prática, os profissionais de saúde apresentam dificuldade para se manterem atualizados em relação à alimentação infantil,



especialmente pela falta de investimentos da rede pública em treinamentos que enfoquem a melhoria do desempenho em aconselhamento (BASSICHETTO et al., 2008).

Ademais, em muitos países, os programas de saúde da criança não enfatizam o tema alimentação infantil. Como resultado, muitos profissionais de saúde não têm conhecimento da importância desta fase de crescimento, dos problemas comuns que existem, ou que recomendações usar quando conversam com as famílias (WHO, 2004).

Entretanto, no Brasil, o Ministério da Saúde, em parceria com a IBFAN Brasil (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar) e OPAS/OMS, elaborou a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) como instrumento para fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação das crianças entre seis e vinte e quatro meses no âmbito da Atenção Primária à Saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) e incentivar a orientação alimentar para esta faixa etária como atividade de rotina nos serviços de saúde.

Por outro lado, o sucesso da alimentação complementar depende, também, de diversos aspectos emocionais por parte dos familiares e cuidadores. Assim, o profissional de saúde também deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar e ouvir, demonstrar interesse e orientar todos os cuidadores da criança, para que ela se sinta amada e encorajada a entender sua alimentação como ato prazeroso, o que evita, precocemente, o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais (WHO, 2004).

A alimentação complementar deve oferecer quantidade suficiente de água, caloria, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais, por meio de alimentos microbiologicamente seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança. Além de suprir as demandas nutricionais, a partir dos seis meses de vida a introdução de alimentos aproxima paulatinamente a criança aos hábitos alimentares de seu cuidador e exige dela esforços adaptativos a uma nova fase da vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes (BRASIL, 2009a).

Idealmente, o período de alimentação complementar dura aproximadamente seis meses, quando esses alimentos são primeiramente introduzidos, até dois anos de idade.

Essa fase da vida representa um período de especial desafio para a nutrição de crianças porque as suas elevadas taxas metabólicas por quilo de peso e altas taxas de crescimento impõem um requerimento de nutrientes muito elevado.

Além disso, o contínuo desenvolvimento do trato gastrointestinal nesta fase, da coordenação neuromuscular e da função imunológica durante este período limita os tipos de alimentos que os lactentes serão capazes de consumir e eleva a susceptibilidade a infecções de origem alimentar e a alergias alimentares. Por esses motivos, recomendações para uma ótima alimentação complementar devem levar em consideração não só os requerimentos fisiológicos de nutrientes essenciais específicos para a idade, mas também uma apropriada fonte de alimentos e um apropriado método de preparação e oferta destes (DUGGAN et al., 2008).

Complementando essas informações, na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizada em 2009 pelo Ministério da Saúde, foi constatada a introdução precoce de água, chás e outros leites, com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente, já no primeiro mês de vida. Aproximadamente um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Por outro lado, 26,8% das crianças entre seis e nove meses, fase em que se deve iniciar a oferta de alimentos sólidos ou semi-sólidos, não recebiam comida salgada. Nessa faixa etária, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9% hortaliças. Em relação aos alimentos considerados não saudáveis, constatou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses.

Mais recentemente, tem-se associado a introdução precoce da alimentação complementar ao desenvolvimento de doenças atópicas. O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma, e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas (ODJIK, 2003).

A alergia alimentar está se tornando um problema crescente mundial, com uma estimativa de 6-8% de crianças afetadas em algum momento de sua infância. Percebe-se

que a prevalência de alergia alimentar é ainda superior com cerca de 20% das crianças aderindo a algum tipo de dieta de exclusão (SINAGRA, 2007).

Nesse contexto, o estudo das alergias alimentares é essencial para se justificar parte das orientações fornecidas para a alimentação complementar. Em crianças, um pequeno número de alimentos é responsável pela maioria das alergias alimentares. O leite de vaca, bem como produtos de soja (que muitas vezes são escolhidos como alternativas para o leite de vaca), trigo, peixes, nozes e amendoim são os gatilhos mais comuns (WERFEL, 2008).

Estudos acerca do efeito de cada alimento no organismo da criança em cada fase de desenvolvimento fisiológico no primeiro ano de vida ainda são muito escassos. Alguns trabalhos sobre alergias alimentares neste período podem conduzir determinadas orientações. Mas as práticas dos profissionais de saúde ainda são muito controversas, levando à confusão e falta de esclarecimento das mães e dos próprios profissionais quanto a uma correta introdução de alimentos após o aleitamento materno exclusivo (PAHO/WHO, 2003).

Por ser um momento de essencial importância na construção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de alergias e crescimento e desenvolvimento das crianças, o tema alimentação complementar deveria ter um embasamento científico mais sólido entre os profissionais da área de saúde e suas regras de implantação deveriam ser conduzidas corretamente. Assim, estes profissionais proporcionariam às famílias informações corretas e competências de que necessitam para alimentar bem seus filhos.

O profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável ao traduzir os conceitos, de forma prática à comunidade que assiste, em linguagem simples e compreensível. Assim, em suas orientações, é importante considerar conceitos adequados de preparo, noções de consistência, quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento (BRASIL, 2009a).

Em uma revisão dos guias alimentares promovida por várias organizações nacionais e internacionais foi demonstrado que existem inconsistências nas recomendações específicas para a alimentação de lactentes e crianças pequenas. Alguns

guias se baseiam em tradições e especulações mais do que em bases científicas e não são muito específicos quanto a temas como a ordem de introdução de alimentos e quantidades específicas dos alimentos que os lactantes devem receber. Para evitar confusão, é necessário contar com guias unânimes que podem ser adaptados as práticas alimentares e condições locais (DEWEY et al., 2003).

No Brasil, por iniciativa do Ministério da Saúde e do Programa de Promoção e Proteção à Saúde da OPAS, foi elaborado o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2002), republicado em 2010. Esse Guia foi elaborado após amplo levantamento de dados existentes no país e complementado com a realização de estudos qualitativos, garantindo-se, assim, a identificação dos problemas existentes e, dentre eles, aqueles prioritários para intervenção. A partir desses estudos, foram elaboradas recomendações para uma alimentação saudável, expressas na publicação Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, editada como um manual técnico para subsidiar os profissionais de saúde a promoverem práticas alimentares saudáveis para a criança pequena (VITOLLO et al., 2005).

Porém, Santos et al. (2007), em seu estudo, constataram que uma parcela significativa de crianças (79,2%) não teve uma transição alimentar adequada às orientações preconizadas pelo Guia do Ministério da Saúde. Além dos trabalhos de Oliveira (2005), Vieira et al. (2004) e Giugliani (2000) sinalizarem um inadequado padrão de consumo alimentar nos dois primeiros anos de vida.

Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para garantir a segurança alimentar de uma população. Por ser uma atribuição dos profissionais de saúde a sua promoção e das mães/cuidadoras a sua execução, o sucesso final da ação depende da qualidade das informações passadas por estes profissionais em seus atendimentos aos cuidadores das crianças, que precisam estar preparados para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo da alimentação infantil no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de

interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de alimentação do primeiro ano de vida em diante.

Entretanto, várias questões estão em aberto na literatura científica quanto à alimentação complementar, e por muitas vezes, a fonte de informação sobre como alimentar crianças provém de crenças familiares, práticas da comunidade, publicidade e promoção comercial dos fabricantes dos alimentos. A própria literatura científica é vaga e contraditória quando trata deste assunto. Conhecimento inadequado sobre como continuar a amamentação, que alimento complementar oferecer e de boas práticas alimentares são muitas vezes um maior determinante de subnutrição do que a disponibilidade de alimentos (WHO, 2004).

Sendo assim, este trabalho teve como objetivos comparar as publicações nacionais datadas após a publicação do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde e compará-los, apontando suas convergências e divergências e avaliar as práticas de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal quanto à introdução de alimentos complementares.

Para uma melhor estruturação, o conteúdo deste trabalho foi dividido em quatro capítulos: introdução, metodologia, resultados (apresentados na forma de dois artigos) e conclusão. A introdução apresentou a contextualização do presente trabalho embasada numa sintética revisão da literatura sobre alimentação complementar. Os resultados estão apresentados no Capítulo 3, na forma de artigos independentes e, na Conclusão, são apresentadas as considerações finais e limitações desta pesquisa.

## **CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA**

Este capítulo descreve as estratégias metodológicas adotadas para a consecução dos objetivos propostos, o instrumento de coleta de dados, a amostra, o trabalho de campo e a formação e análise do banco de dados.

### **2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

O presente trabalho é uma pesquisa transversal exploratória, por ser este o primeiro estudo que contempla as variáveis analisadas. Foi apresentado ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB - e aprovado por esse Comitê sob o registro de número 127/10.

### **2.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trata-se de uma revisão da literatura brasileira que inclui a análise de publicações com o descritor “alimentação complementar”. As informações foram coletadas a partir de artigos publicados entre 2002 e 2011, pesquisados nas bases de dados Scielo, BVS, Bireme, banco de dissertações da CAPES e livros técnicos nacionais. O ano de 2002 foi escolhido por ser o ano de publicação do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, referência do presente trabalho.

Obteve-se um total de 54 trabalhos, porém a revisão foi direcionada para os que citassem orientações sobre a introdução da alimentação complementar e não dados estatísticos e epidemiológicos, tema da grande maioria dos estudos encontrados. A seleção dos artigos foi feita a partir da leitura inicial dos resumos. Quando constatada a abordagem do tema trabalhado, o artigo era lido em sua integralidade e depois

classificado de acordo com a metodologia de Downs e Black (1998). Os autores consideram cinco itens: informações disponíveis, validade externa, vieses, confusão e poder do estudo. Os autores não se referem explicitamente às práticas de saúde pública, no entanto, eles afirmam que a “Lista de verificação para Medição da Qualidade” pode ser aplicada a qualquer estudo que detalha uma intervenção de saúde. Portanto, este instrumento é aplicável à crítica de estudos envolvendo intervenções de saúde pública.

Assim, nove publicações foram selecionadas, que incluíram dois artigos, duas dissertações e cinco livros.

Posteriormente, as orientações encontradas no material selecionado foram comparadas às do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde, por meio de uma análise de conteúdo categorial temática estabelecida à priori.

As orientações dadas em cada referência foram reproduzidas em quadros e comparadas ao Guia. Quando não houve citação alguma sobre o assunto, o número ZERO foi escrito, quando houve concordância, o símbolo = foi utilizado e quando ocorreu divergência com o Guia, o texto original foi reproduzido no quadro.

### 2.3 INSTRUMENTO

Um instrumento (Apêndice 1) foi elaborado para a coleta de informações sobre as práticas de Nutricionistas e Pediatras do Distrito Federal sobre o tema da pesquisa. Neste instrumento, há 37 questões sobre recomendações fornecidas pelos profissionais aos familiares de lactentes em introdução da alimentação complementar, referências científicas utilizadas, conhecimentos sobre as características dos alimentos indicados, ordem de introdução dos alimentos, forma de preparo das refeições, consistência, restrições alimentares, hidratação, utilização de sal, açúcar e óleo.

Este instrumento foi elaborado em função da literatura científica pesquisada e dos estudos recentes de doenças associadas, alergia alimentar e alimentação complementar.

O instrumento foi inicialmente avaliado pela técnica de juízes (PASQUALI, 1999) por cinco profissionais da área de alimentação complementar e, posteriormente, foi realizada análise semântica (PASQUALI, 1999) para verificar correta compreensão das informações solicitadas, por dez profissionais (cinco Pediatras e cinco Nutricionistas) que não fizeram parte da amostra.

#### 2.4 AMOSTRA E PROCEDIMENTO DE COLETA

A amostra da pesquisa foi constituída por Pediatras e Nutricionistas do quadro da Atenção Básica do Distrito Federal que atuam na área de alimentação infantil. Para ter acesso aos profissionais, foi realizado contato com a Secretaria de Saúde do GDF (Governo do Distrito Federal) e os respectivos setores dos profissionais em questão. Tais setores forneceram os endereços eletrônicos dos profissionais e assim, o instrumento foi enviado, por correio eletrônico, para 180 Pediatras e 60 Nutricionistas que correspondiam ao total de profissionais disponíveis nos Centros de Saúde do GDF no ano de 2010. O envio dos instrumentos teve início no mês de outubro de 2010 e a tolerância para devolução se deu até fevereiro de 2011.

Anexo ao instrumento, os participantes da pesquisa receberam uma carta de apresentação do estudo (Apêndice 2) e um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3) solicitando a concordância com a divulgação dos dados fornecidos sem identificação nominal.

#### 2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram introduzidos num banco específico para esta pesquisa, elaborado no Programa Statistical Package for Science – SPSS, na versão 17.0, no qual também foram processadas as análises. Após a criação do formulário de entrada dos dados, foi realizada a verificação destes por meio da análise de distribuição de



frequência, comparando-se os valores de cada variável no banco de dados do SPSS com aqueles possíveis de ocorrência, buscando-se evitar erros na digitação.

Foram realizadas as análises estatísticas dos dados de natureza descritiva (frequência, média, porcentagem e desvio-padrão) para caracterização da amostra, e a análise de variância (Kruskal Wallis, Índice de Direção da Associação de Spearman).

Após a coleta de informações tanto na literatura científica quanto no instrumento, foi realizada uma comparação das orientações sobre introdução de alimentos/alimentação complementar entre os profissionais de saúde participantes da amostra.

No capítulo a seguir, serão apresentados os resultados da presente pesquisa.

### CAPÍTULO 3 - RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa na forma de dois artigos independentes, estruturados para que atingissem, em seu conjunto, os objetivos deste estudo.

O primeiro artigo, intitulado: “**Alimentação complementar: Concordâncias e divergências entre as orientações de publicações brasileiras e o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde**”, teve como objetivo comparar as publicações nacionais datadas após a publicação do Guia do Ministério da Saúde e compará-los, apontando suas convergências e divergências. Este artigo foi configurado de acordo com as diretrizes do Jornal de Pediatria.

O segundo e último artigo com o título, “**Práticas de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal quanto à alimentação complementar lactentes após aleitamento materno exclusivo**”, teve o seguinte objetivo: analisar, de forma comparativa, a conduta de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal, quanto à alimentação complementar.

### **3.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: CONCORDÂNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE AS ORIENTAÇÕES DE PUBLICAÇÕES BRASILEIRAS E O GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

#### **INTRODUÇÃO**

O governo brasileiro recomenda o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e adequação das práticas da alimentação complementar ao leite materno a partir dessa idade.<sup>1</sup> Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados para complementar as necessidades do lactente.<sup>2</sup>

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que o início do processo de desmame ocorre precocemente – dentro das primeiras semanas ou meses de vida –, com a introdução de chás, água, sucos e outros leites e progride de modo gradativo. Cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses pesquisadas já consumia comida salgada e frutas. Na faixa etária de seis a nove meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9%, hortaliças. Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, observou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre crianças de nove a doze meses.<sup>2</sup> Pode-se afirmar que nos casos citados o processo de introdução de alimentos complementares não é oportuno, podendo ser inadequado do ponto de vista nutricional.<sup>2</sup>

A idade de introdução de novos alimentos na dieta do lactente vem sendo estudada há muitas décadas. Em 1923 estudos evidenciaram que a criança necessitava de outros alimentos (além do leite materno) para um crescimento adequado; em 1937, recomendou-se a introdução de vegetais e frutas por volta dos quatro aos seis meses; e em 1943 estudos indicavam a necessidade de introdução de sardinha, atum e camarão na quarta semana de vida; e finalmente em 1958, a Academia Americana de Pediatria recomendou a não introdução de sólidos antes dos quatro/seis meses de vida. O

processo de introdução de alimentos sólidos é lento, e quanto mais jovem a criança, mais demorada é a aceitação de alimentos diferentes do leite, pois quanto maior o tempo de amamentação, maior será a aceitação da alimentação complementar.<sup>5</sup>

Os cuidados com a criança no primeiro ano de vida são fundamentais, por ser esta fase a que ela se encontra extremamente vulnerável, tendo em vista o fenômeno do crescimento, amadurecimento e a sua total dependência física e emocional. Entre as necessidades básicas para assegurar a sobrevivência e o crescimento além de um desenvolvimento adequado, a nutrição assume papel importante.<sup>6</sup>

Como onívoras, as crianças têm que consumir uma variedade de alimentos para obter uma dieta adequada e manter o crescimento e a saúde. Como mamíferos todos nós começamos a vida consumindo leite, e esta dieta exclusiva de leite provê um contraste dramático à variedade de alimentos que define a dieta dos onívoros. A transição do leite para uma dieta de onívoro começa durante a segunda metade do primeiro ano de vida, quando o aleitamento exclusivo não corresponde mais a uma dieta adequada.<sup>7</sup>

Em longo prazo as práticas de alimentação complementar inadequadas podem ter impacto negativo na saúde por meio de dois mecanismos. Um é o efeito cumulativo de alterações que, embora se iniciem precocemente na vida, só resultem em morbidade anos depois. O outro é a criação de hábitos alimentares que conduzam a práticas dietéticas indesejáveis, contribuindo para problemas de saúde.<sup>8</sup>

Monte e Giugliani (2004) citam que a introdução precoce, isto é, antes dos seis meses, de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação das crianças.<sup>9</sup>

A família oferece amplo campo de aprendizado social à criança. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares, e afetar o equilíbrio energético da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família poderá estabelecer o aprendizado de um hábito socialmente aceito ou inserir novos

hábitos, contribuindo para a formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não.<sup>10</sup>

Os prejuízos do aleitamento artificial, em substituição ao aleitamento materno exclusivo, e da introdução precoce e/ou inadequada dos alimentos complementares devem ser mais amplamente discutidos e divulgados e os pais e/ou responsáveis precisam ser aconselhados quanto aos princípios fisiológicos e nutricionais que norteiam a alimentação da criança. Aos profissionais da saúde, cabe incentivar o aleitamento materno e as práticas da alimentação complementar apropriadas, que compreendem a introdução, em tempo oportuno, de alimentos adequados para complementar o aleitamento materno. A alimentação complementar deve oferecer alimentos ricos em energia e micronutrientes, sem contaminação, sem muito sal ou condimentos, em quantidade apropriada e fácil de preparar a partir dos alimentos da família.<sup>3</sup>

Diversos trabalhos enfatizam que as recomendações sobre práticas alimentares saudáveis no primeiro ano de vida ainda não foram plenamente incorporadas, não apenas no Brasil, mas em outros países, apesar da existência de guias de conduta permanentemente atualizados e destinados aos profissionais de saúde que prestam assistência à faixa etária pediátrica.<sup>11</sup>

No Brasil, por iniciativa do Ministério da Saúde (MS) e com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foram elaboradas as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos. O conjunto dessas recomendações, denominado de "Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos" tem sido implementado no país desde 2002. Dos 10 passos, o primeiro refere-se ao aleitamento materno exclusivo e os demais à alimentação complementar. Com essas recomendações pretendeu-se melhorar a qualidade da alimentação nos primeiros dois anos e formar bons hábitos alimentares na população.<sup>3,12</sup>

Em 2010, o MS publicou a 2ª edição do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, como um guia para o profissional da saúde na atenção básica orientar as mães e cuidadores quanto à alimentação saudável das crianças brasileiras na referida faixa etária. De acordo com o MS, o Manual baseia-se nas orientações

alimentares gerais mais atualizadas, no perfil epidemiológico e na cultura alimentar do Brasil.<sup>2</sup>

Na alimentação complementar ótima, fatores como: idade de introdução dos alimentos, frequência e quantidade das refeições, consistência e a densidade energética dos alimentos devem ser considerados para garantir a ingestão adequada de nutrientes.<sup>1</sup>

Muitos procedimentos referentes à alimentação complementar ainda são controversos, tanto na literatura científica quanto na conduta dos profissionais responsáveis pelas orientações. Pois, novos conhecimentos sobre a alimentação ideal de crianças menores de dois anos tornaram obsoletos conceitos e recomendações que fizeram parte da prática de Pediatras e Nutricionistas por muitos anos.

Este artigo, então, objetiva comparar as publicações nacionais datadas após a publicação do Guia Alimentar para Crianças Menores e Dois Anos e compará-los, apontando suas convergências e divergências.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão da literatura brasileira que inclui a análise de publicações com o descritor “alimentação complementar”. As informações foram coletadas a partir de artigos publicados entre 2002 e 2011, pesquisados nas bases de dados Scielo, BVS, Bireme, banco de dissertações da CAPES e livros técnicos nacionais. O ano de 2002 foi escolhido por ser o ano de publicação do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, referência do presente trabalho.

Obteve-se um total de 54 trabalhos, porém a revisão foi direcionada para os que citassem orientações sobre a introdução da alimentação complementar e não dados estatísticos e epidemiológicos, tema da grande maioria dos estudos encontrados. A seleção dos artigos foi feita a partir da leitura inicial dos resumos. Quando constatada a abordagem do tema trabalhado, o artigo era lido em sua integralidade e depois classificado de acordo com a metodologia de Downs e Black (1998). Os autores consideram cinco itens: informações disponíveis, validade externa, vieses, confusão e poder

do estudo. Os autores não se referem explicitamente às práticas de saúde pública, no entanto, eles afirmam que a “Lista de verificação para Medição da Qualidade” pode ser aplicada a qualquer estudo que detalha uma intervenção de saúde. Portanto, este instrumento é aplicável à crítica de estudos envolvendo intervenções de saúde pública.

Assim, nove publicações foram selecionadas, que incluíram dois artigos, duas dissertações e cinco livros.

Posteriormente, as orientações encontradas no material selecionado foram comparadas às do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde, por meio de uma análise de conteúdo categorial temática estabelecida *a priori*.

As orientações dadas em cada referência foram reproduzidas em quadros e comparadas ao Guia. Quando não houve citação alguma sobre o assunto, o número ZERO foi escrito, quando houve concordância, o símbolo = foi utilizado e quando ocorreu divergência com o Guia, o texto original foi reproduzido no quadro.

## **RESULTADOS**

As publicações selecionadas para a análise foram identificadas conforme numeração abaixo:

1: Sociedade Brasileira de Pediatria. Filhos: da gravidez aos 2 anos de idade: um guia completo da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais, volume 1. São Paulo: Manole, 2009.

2: Lacerda, EMA, Accioly, E. Alimentação Complementar do Lactente. In: Accioly, E, Saunders, C. Lacerda, EMA. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2ª edição. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009, p. 301-314.

3: Vítolo, MR. Práticas alimentares na infância. In: \_\_\_\_\_ Nutrição: da gestação ao envelhecimento. 1ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008, p. 215-242.

4: Weffort, VRS. Alimentação do Lactente. In: Weffort, VRS e Lamounier, JA. Nutrição em Pediatria: da neonatologia à adolescência. 1ª edição. São Paulo: Manole, 2009.

5: Fagioli e Nasser. Educação Nutricional na infância e na adolescência. Planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas. 2008.

6: Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini, SC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr., Campinas.** 2010 Jun; 23(3):475-486.

7: Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J. Pediatr.* 2004 Nov; 80(5 Suppl 0):S:131-141.

8: Corrêa EN. Alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/SC no ano de 2004 [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Nutrição; 2005.

9: Komka SMNB, Pereira MG. Prevalência de alimentação complementar no Brasil [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde; 2007.

Quadro 1 - Comparação das orientações gerais entre as publicações analisadas.

Guia MS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos.	=	0	=	0	=	0	0	0	0
Nesta fase os alimentos devem ser amassados com o garfo. A consistência terá o aspecto pastoso (papa/purê). A utilização do liquidificador e da peneira é totalmente contraindicada.	=	A consistência inicial poderá ser pastosa, obtida com o auxílio de peneira grossa ou garfo.	Os alimentos devem ser bem cozidos e amassados. As papas não devem ser liquidificadas nem peneiradas.	0	=	=	=	0	0
...os alimentos devem ser amassados e colocados em porções separadas no prato da criança. ...porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas dos alimentos.	=	=	0	=	=	=	0	0	0



Os alimentos devem ser bem cozidos. Nesse cozimento deve sobrar pouca água na panela, ou seja, os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para amaciá-los.	0	Cozinhar os alimentos em quantidade mínima de água, iniciar o cozimento a partir da água em ebulição; cozinhar em panelas tampadas.	0	0	0	0	0	0	0
Se a criança recusar determinado alimento, procure oferecer novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança.	=	=	0	=	0	=	0	0	0
A cada dia deverá escolher um novo alimento de cada grupo para compor a papa.	0	Introduzir um novo alimento por dia, a fim de observar a tolerância. A criança pode, a cada dia, receber um alimento novo, variando-se os grupos.	0	Os alimentos devem ser testados gradativamente.	Os alimentos novos devem ser introduzidos gradativamente, e quando houver rejeição eles devem ser oferecidos novamente, com um intervalo de 3 a 7 dias.	A introdução de novos alimentos deve ser gradual, um de cada vez, com intervalos de 3 a 7 dias, a fim de identificar possíveis reações alérgicas ao alimento.	Recomenda-se introduzir os novos alimentos gradualmente, um de cada vez, a cada 3 a 7 dias	0	0
(Ausente no Guia)	0	Evitar alimentos que possam provocar engasgos, como uva inteira, amendoim, pipoca e carne de pescado com espinhas.	0	0	0	Evitar alimentos que possam oferecer riscos de engasgos, como nozes, uvas, sementes, cenouras cruas e outros.	0	Evitar alimentos de formato aguçado e/ou consistência dura (ex: cenouras cruas, nozes, uvas), pelo risco de engasgar a criança.	0
Após a refeição, se a criança demonstrar sinais de fome poderá ser amamentada. Nos primeiros dias de oferta de alimentos complementares a mãe pode oferecer leite materno, caso a criança demonstre que não está saciada.	0	0	=	... seguida pela mamada.	0	0	=	0	0

O Quadro 2 mostra a comparação entre as orientações presentes nas publicações analisadas, por mês de vida.

Quadro 2: Comparação das orientações, por mês de vida, entre as publicações analisadas

Guia MS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<p><b>Ao completar 6 meses:</b> Leite Materno, papa de fruta (2x), papa salgada (1X).</p> <p>As carnes a partir dos 6 meses, sempre que possível, devem estar presente nas papas salgadas.</p>	0	Após a adaptação do almoço, a introdução do jantar pode ocorrer em seguida.	Recomenda-se a utilização de 2 papas de frutas e 2 papas salgadas. Incluir a carne.	... iniciar a ingestão de frutas aos 6 meses inicialmente 1x ao dia, depois pela manhã e a tarde. Introdução inicial de cereais à base de arroz. A 1ª refeição de sal deve ser oferecida no horário habitual do almoço ou do jantar.	0	0	Para as crianças amamentadas, 2 a 3 refeições com alimentos complementares por dia dos 6 aos 8 meses de idade.	A refeição de sal deve ser introduzida inicialmente.	0
<p><b>Ao completar 7 meses:</b> Leite materno, papa de fruta (2X), papa salgada (2X)</p>	0	=	=	0	0	0	Idem aos 6 meses	0	0
<p><b>Ao completar 8 meses:</b> Gradativamente passar para a alimentação da família.</p> <p>A partir dos 8 meses, algumas preparações da casa como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança, desde que amassados ou desfiados...</p>	=	0	0	0	=	...alimentos amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos.	=	0	0
(Ausente no Guia)	0	0	0	0	0	Aos dez meses devem ser oferecidos alimentos granulados.	Ofertar refeições 3 a 4 x por dia dos 9 aos 24 meses.	Aos 10 meses, a criança já deve estar recebendo alimentos granuloso ...	0
<p><b>Ao completar 12 meses:</b> Comida da família</p>	=	0	0	0	0	=	0	=	0

O Quadro 3 apresenta a comparação entre as publicações no contexto dos diferentes grupos de alimentos.

Quadro 3 - Comparação das orientações, por grupos de alimentos, entre as publicações analisadas

Guia MS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<p>O ovo cozido (clara e gema) pode ser introduzido ao completar 6 meses... considerar a história familiar de alergias alimentares ...</p>	=	0	O ovo inteiro já pode ser introduzido a partir dos 6 meses...	O ovo pode ser introduzido, sempre cozido, após o 6º mês.	O ovo deve ser introduzido gradativamente; a gema cozida a partir dos 8 meses e a clara ou ovo inteiro após 12 meses.	... ovos...s devem ser evitados para crianças menores de 1 ano, em famílias com história de alergias alimentares.	Na presença de história familiar de alergia alimentar, evitar no 1º ano de vida alimentos como ovo...	Devem ser evitados alimentos potencialmente alergênicos: clara de ovo...	=

Carnes ou ovo: Exemplos: frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras.	0	=	O peixe pode ser introduzido desde o início... Assim como o ovo inteiro.	0	Conforme aceitação acrescentar carne desfiada ou moída, que pode ser bovina, frango ou peixe.	Peixe deve ser evitado para crianças menores de 1 ano, em famílias com história de alergias alimentares.	0	0	=
Oferecer duas frutas diferentes por dia, selecionando as frutas da estação, principalmente as ricas em vitamina A, como as amarelas ou alaranjadas e que sejam cultivadas localmente.	=	0	0	O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar características regionais, custo, estação do ano e presença de fibras.	=	0	0	0	0
As frutas devem ser oferecidas in natura, amassadas, ao invés de sucos.	0	Evitar o consumo excessivo de sucos (acima de 240ml/dia), pois podem interferir com o consumo de alimentos.	100 ml de suco de fruta (aos 7 meses)	Sucos naturais de frutas podem ser oferecidos em volume de 20 a 30 ml/dia.	Logo após o termino da ingestão alimentar, oferecer de 50 a 100 ml de suco de frutas ricas em vitamina C.	0	Recomenda-se, no máximo, 240 ml/dia de suco de frutas, para evitar competição com alimentos nutricionalmente mais ricos.	0	0

Quadro 4 - Comparação das orientações, quanto às restrições alimentares, entre as publicações analisadas

<b>Guia MS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. Não ofertar café, chás, mate, enlatados e refrigerantes.	=	=	0	=	=	0	=	=	=
O mel é totalmente contra-indicado no primeiro ano de vida.	=	=	=	=	0	=	=	=	0
Há a citação de pão como opção de carboidrato.	0	0	0	=	0	Glúten deve ser evitado para crianças menores de 1 ano, em famílias com história de alergias alimentares.	0	0	0
Orientar sobre a introdução de leite de vaca precocemente que pode determinar quadros alérgicos e outras doenças.	0	=	0	0	=	0	=	0	0

## DISCUSSÃO

### Orientações Gerais

Quanto à relevância de se ofertar água ao iniciar a introdução de alimentos complementares, apenas os trabalhos números 1, 3 e 5 concordaram com o Guia. Além do Guia para Crianças Menores de Dois Anos, o Guia Alimentar para a População

Brasileira, também do Ministério da Saúde, institui a água como indispensável ao funcionamento adequado do organismo e recomenda a oferta ativa e regular desta às crianças, ao longo de todo o dia.

Quanto ao modo de ofertar o alimento, o Guia e os trabalhos números 1, 3, 5, 6 e 7 concordam que a consistência deve ser em forma de purês/papas, porém o número 2 recomenda o uso de peneira para se conseguir tal consistência, divergindo das demais publicações que vetam o uso deste instrumento. E, também, os números 1, 2, 4, 5 e 6 sugerem a oferta dos alimentos de forma separada para que a criança aprenda a conhecer os diferentes sabores e texturas dos diversos alimentos apresentados.

O Guia orienta ainda que os alimentos devem ser bem cozidos. Neste cozimento deve sobrar pouca água na panela, ou seja, os alimentos devem ser cozidos em água suficiente apenas para amaciá-los. O trabalho número 2 reforça esta recomendação e ainda acrescenta que se deve iniciar o cozimento a partir da água em ebulição e em panelas tampadas. Os demais trabalhos nada abordam sobre o modo de cocção. Cabe ressaltar que de acordo com Araujo et al. 2011, vegetais verdes não devem ser cozidos em panela tampada, pois favorece a formação de feofitina e modifica a coloração do vegetal para cor verde oliva que pode diminuir aceitação do vegetal.

Outra orientação do Guia trata sobre a exposição a um novo alimento de oito a dez vezes para que ele seja aceito pela criança que é confirmado pelos trabalhos 1, 2, 4 e 6. Sendo que o 2, apenas enfatiza a importância da repetição porém não declara a frequência.

O Guia recomenda ainda que a cada dia se deva escolher um novo alimento de cada grupo para compor a papa. O trabalho número 2 concorda e completa que “o alimento bem tolerado poderá ser incorporado à alimentação da criança”. O 4 afirma que os alimentos devem ser testados gradativamente, mas não explica nada sobre o assunto. Em contraposição, os trabalhos 5, 6 e 7 alegam que a introdução de novos alimentos deve ser gradual, um de cada vez, com intervalos de três a sete dias, a fim de identificar possíveis reações ao alimento.

Destaca-se que três publicações chamam a atenção para alimentos que podem causar engargalos no lactente, informação ausente no Guia.

No que concerne à amamentação após as refeições, apenas o Guia e os trabalhos 3 e 7, fazem esta recomendação. Em outro trecho, o trabalho número 4 recomenda a amamentação após a oferta de papas de frutas, aos seis meses.

#### Orientações por Mês de Vida

No Quadro 2, encontra-se uma das maiores contradições. O Guia do MS orienta inicialmente, duas papas de frutas e uma papa salgada ao dia. Quatro trabalhos nada citam sobre isso. Os números 2 e 8 indicam iniciar a introdução por papas salgadas. O 4 sugere iniciar com duas papas de frutas e a introdução de cereais à base de arroz e, posteriormente, os demais cereais, mas não explica em que refeição ou como. Cita também duas refeições de sal, mas novamente não explica a correta composição. O número 7 nada especifica, apenas recomenda duas a três refeições ao dia. Apenas o Guia e o trabalho 3 apontam o uso de carnes ainda no sexto mês. Relevante observar que nenhum dos trabalhos justificou a escolha feita e o Guia não especifica a quantidade de carne que deverá ser ofertada. Essa informação é relevante, pois os estudos mais recentes na população brasileira demonstram grande consumo protéico. Assim, sem orientação mães e/ou cuidadores podem, desde cedo, já incentivar o consumo excessivo de proteínas de origem animal que sobrecarregam o sistema excretor do lactente.<sup>15</sup>

Aos sete meses, os trabalhos 2 e 3 concordam com a recomendação do Guia de acrescentar uma papa salgada. O trabalho 7 mantém sua recomendação de duas a três refeições por dia. Já, se tratando do oitavo mês, as publicações 1, 5 e 7 confirmam a orientação do Guia de passar gradativamente para a alimentação da família. O 6 apenas recomenda evolução da consistência de papa para alimentos amassados, picados ou cortados em pequenos pedaços.

O trabalho 7, finalmente, acrescenta a quarta refeição no dia. O 6 recomenda novamente a evolução de consistência, agora para alimentos granulados. A publicação número 8, destaca que aos dez meses, a criança já deve estar recebendo alimentos granulados e argumenta que, em caso contrário, ela corre um risco maior de apresentar

dificuldades alimentares aos 15 meses. Quanto ao Guia, não há recomendações específicas para o décimo mês de vida.

O Guia e as publicações 1, 6 e 7 recomendam que, aos doze meses, seja ofertado ao lactente a comida da família.

Apenas as publicações 7 e 9 recomendam o limite de quatro refeições por dia até o segundo ano de vida.

### Orientações por Grupos de Alimentos

No que diz respeito aos grupos de alimentos ou alimento, o Guia do MS recomenda, mas trata com cautela, o uso do ovo, já aos seis meses de vida. Ele indica sua utilização, porém aconselha uma avaliação da equipe de saúde, que deverá considerar a história familiar de alergias e a disponibilidade financeira da família para oferecer outras fontes protéicas. Também de acordo com o Guia, “outro fato importante é que frequentemente as mães oferecem para as crianças alimentos que já possuem ovo na sua composição, por isso não seria necessário retardar a sua introdução”. Aqui, seria plausível orientar as mães acerca do cuidado necessário em não oferecer os alimentos que contenham ovo em sua formulação.

O trabalho 2 nada cita sobre o ovo, já o 3, 4 não condicionam o uso deste alimento ao histórico familiar de alergias em contraposição ao 6, 7 e 8 que além do ovo, citam castanhas, amendoins, nozes, chocolate e leite de vaca. O único trabalho que recomenda a introdução gradual do ovo, e a gema e a clara em diferentes períodos é o 5, que recomenda o primeiro a partir dos oito meses e o segundo, apenas após os doze meses.

Ferreira et al.<sup>20</sup>, em um estudo com 2.589 crianças em que objetivou associar a alergia a ovo com o aleitamento materno, encontrou que os casos de introdução do ovo após 4-6 meses apresentaram maior risco de alergia ao alimento. Esses achados persistiram mesmo em crianças sem fatores de risco. Na idade de 4-6 meses, a primeira exposição ao ovo reduziu o risco de alergia em comparação com a primeira exposição deste alimento em produtos de panificação. O estudo concluiu que a duração do aleitamento materno e a idade de introdução dos sólidos não foram associadas com alergia a ovo.

O trabalho número 3 justifica a recomendação do peixe, pois considera a “possibilidade de alergia a esse alimento na população sempre menos comum. Assim, deve-se preconizar o peixe como rotina, a menos que haja história familiar a produtos marinhos.” A publicação 5 também enfatiza o “respeito às alergias hereditárias aos alimentos marinhos”. Já o trabalho 6, aconselha cautela em seu uso.

O Consenso Brasileiro de Alergia, publicado em 2008<sup>19</sup>, discorda do Guia ao informar que o leite de vaca deve ser introduzido após o 1º ano de vida, o ovo após o 2º ano, o amendoim, as nozes e os peixes após o 3º ano. Essas contradições possivelmente se refletem em condutas divergentes entre os profissionais.

Cabe ressaltar que a prevalência de doenças alérgicas em crianças e adultos jovens aumentou nas últimas décadas, e as alergias alimentares são parte desse aumento. Elas se tornaram um grande problema de saúde no mundo todo nas últimas duas décadas e estão associadas a um impacto negativo significativo na qualidade de vida.<sup>20</sup>

A alergia alimentar refere-se a um grupo de distúrbios com resposta imunológica anormal ou exagerada a determinadas proteínas alimentares que podem ser mediadas por IgE ou não. Embora tenha havido grandes avanços na compreensão do sistema imunológico da mucosa, a patogênese precisa da maioria das reações de hipersensibilidade alimentar continua desconhecida. Vários fatores têm um papel importante, entre eles a genética, a flora intestinal do hospedeiro, o *timing*, a dosagem e a frequência de exposição a vários alérgenos alimentares, bem como a alergenicidade de várias proteínas alimentares<sup>20</sup>.

No que diz respeito às vísceras, apenas o Guia e os trabalhos 2 e 9 as citam. Porém, nenhum deles faz alusão à importância em se verificar a qualidade de origem destas, já que muitas se encontram com quantidade exacerbada de hormônios e antibióticos, podendo causar mais malefícios que benefícios, a depender do caso.

No que tange às frutas, o Guia orienta oferecer duas frutas diferentes por dia, selecionando as da estação, principalmente as ricas em pró-vitamina A, como as amarelas ou alaranjadas e que sejam cultivadas localmente. O trabalho 4 explica que o tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar características regionais, custo, estação do

ano e presença de fibras e que nenhuma fruta é contra-indicada, exceto quando houver intolerância ou alergia. Os trabalhos 1 e 5, concordam com o Guia. Os demais não fazem referência ao tema. O Guia acrescenta ainda que alimentos como laranja, limão, tomate, abacaxi, acerola, goiaba, kiwi, manga são importantes fontes de vitamina C e devem ser oferecidas junto à refeição principal ou após a refeição para aumentar a absorção do ferro.

Sobre sucos, o Guia afirma que seu consumo deve ser limitado e, se for oferecido, deve ser em pequena quantidade, após as refeições principais para ajudar a absorver melhor o ferro inorgânico. Porém, os sucos não devem ser utilizados como uma refeição ou lanche, por conterem menor densidade energética que a fruta em pedaços. Observa-se aqui que o guia não quantifica o volume dos sucos, apenas diz que deve ser pequeno. Ao contrário, os estudos 2, 3, 4, 5 e 7 fornecem a recomendação em mL, porém todos divergem entre si. O 2 e o 7 limitam o consumo a 240 ml/dia para evitar competição com alimentos nutricionalmente mais ricos. O 4, limita de 20 a 30 ml/dia, o 5, recomenda, logo após o término da ingestão alimentar, oferecer de 50 a 100 ml de suco de frutas ricas em vitamina C e o 3, 100 ml. Nenhum deles, porém, destaca que os sucos, se feitos em utensílios domésticos como liquidificadores e extratores, podem ser um importante veículo de contaminação microbiológica com possível toxinfecção alimentar (ENEO, 2007).

#### Orientações Quanto às Restrições Alimentares

Em relação às restrições, o Guia recomenda que se evite açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida, confirmados pelos trabalhos 1, 2 e 8. Estes últimos acrescentam respectivamente a restrição ao cacau (até os nove meses) e alimentos com agrotóxicos em excesso (tomate e morango).

De acordo ainda com o Guia do MS, a criança não deve comer alimentos industrializados, enlatados, embutidos e frituras, pois estes alimentos contêm sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais. O consumo de alimentos não nutritivos (ex. refrigerantes, salgadinhos, açúcar, frituras, doces, gelatinas industrializadas, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares.



No que diz respeito ao mel, excetuando-se os trabalhos 5 e 9, todos concordam com o Guia que o contra-indica no primeiro ano de vida pelo risco de contaminação com *Clostridium botulinum*, que causa botulismo.

Concernente ao glúten, de acordo com os autores do livro número 4, “Não há evidências suficientes que sustentem a idade de introdução do glúten como fator de risco independente para o desenvolvimento de doença celíaca. Alguns estudos reforçam a importância de sua introdução gradual durante o processo de aleitamento materno como fator importante na prevenção da doença celíaca.” Em contraposição, o artigo número 6 afirma que o “glúten deve ser evitado para crianças menores de um ano, em famílias com história de alergias alimentares”.

Sobre isso, Akobeng et al. (2005) afirmam que o aleitamento materno pode oferecer proteção contra o desenvolvimento de doença celíaca. Amamentar durante a introdução de dieta com glúten, e aumentar a duração da amamentação foram associados com o risco reduzido em desenvolver a doença. Entretanto, não é claro se amamentar atrasa os sintomas ou fornece uma proteção permanente contra a doença.

Norris et al. (2005) constataram, em seu trabalho, que crianças que introduziram glúten aos três meses de vida apresentaram cinco vezes mais chance de desenvolver a doença celíaca do que as que se expuseram com 4-6 meses. Crianças não expostas ao glúten até o sétimo mês ou mais tarde tiveram um risco ligeiramente maior de doença celíaca do que aquelas expostas em 4-6 meses.

Constata-se que ainda se faz necessário o desenvolvimento de estudos que guiem para uma correta conduta quanto à introdução de alimentos fontes de glúten no primeiro ano de vida.

Quanto ao leite de vaca, o Guia adverte que sua introdução precoce pode determinar quadros alérgicos e outras doenças. Os trabalhos 2, 5, e 7 corroboram com a informação, sendo que os dois últimos ainda acrescentam que o leite poderá auxiliar o desenvolvimento da anemia ferropriva.

Em resumo, é importante destacar que das 21 orientações avaliadas, 14 (67%) apresentaram contradições entre a literatura analisada e o Guia do MS.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho mostra que ainda há muitas lacunas a serem preenchidas na literatura nacional e no Guia do Ministério da Saúde quanto ao correto manejo da alimentação complementar após o aleitamento materno exclusivo. Destaca-se que a técnica dietética aplicada à alimentação complementar não foi abordada na maior parte das orientações e as questões alérgicas foram as mais contraditórias.

Tanto o profissional de saúde quanto os pais e cuidadores se mantêm com uma série de dúvidas, difíceis de serem esclarecidas e que acabam por causar um grande número de divergência entre os profissionais que são responsáveis por estas orientações. E a fonte de informações, artigos, dissertações, livros técnicos e guias se apresentam contraditórios entre si. Difícil, portanto, mensurar as possíveis consequências na saúde dos lactentes, a curto, médio e longo prazo.

Como limitação do trabalho, alega-se que apenas a literatura nacional foi analisada o que gera uma demanda para uma posterior apreciação das referências internacionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Komka SMNB, Pereira MG. **Prevalência de alimentação complementar no Brasil** [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde; 2007.
2. Ministério da Saúde (Brasil). **Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para menores de 2 anos**. Um guia para profissional de saúde na atenção básica. 2ª edição. Serie A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: 2010.

3. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini, SC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr., Campinas**. 2010 Jun; 23(3):475-486.
4. Oliveira, LPM, et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Nutr., Campinas**. 2005 Aug; 18(4):459-469.
5. Sigulem, DM, Taddei, JAAC. Nutrição e alimentação nos dois primeiros anos de vida. **Compacta Nutrição**. 2004; 5(1).
6. Euclides, MP. **Bases fisiológicas para a alimentação e nutrição de lactentes**. In: Euclides, MP. 3<sup>a</sup> edição (Suprema). Viçosa: Suprema; 2005. p.83-118.
7. Birch, LL. Psychological Influences on the Childhood. **Diet. J.Nutr.** 1998; 128:407-410.
8. Akre, J; **Organização Mundial da Saúde. Alimentação infantil: bases fisiológicas**. 1997, 89p.
9. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr.** 2004 Nov; 80(5 Suppl 0):S:131-141.
10. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J Pediatr.** 2004;80:411-6.
11. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **J Pediatr.** 2010;86(3):196-201.
12. Ministério da Saúde (Brasil), OPAS. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Serie A. Normas e manuais técnicos no 107. Brasília, DF: 2002.

13. Corrêa EN. **Alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/sc no ano de 2004** [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Nutrição; 2005.
14. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Filhos: da gravidez aos 2 anos de idade: um guia completo da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais**, volume 1. São Paulo: Manole, 2009.
15. Lacerda, EMA, Accioly, E. Alimentação Complementar do Lactente. In: Accioly, E, Saunders, C. Lacerda, EMA. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009, p. 301-314.
16. Vítolo, MR. Práticas alimentares na infância. In: \_\_\_\_\_ **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008, p. 215-242.
17. Weffort, VRS. Alimentação do Lactente. In: Weffort, VRS e Lamounier, JA. **Nutrição em Pediatria: da neonatologia à adolescência**. 1ª edição. São Paulo: Manole, 2009.
18. Fagioli D e Nasser L. **Educação Nutricional na infância e na adolescência**. Planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas. Rio de Janeiro: Editora, 2008.
19. Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. **Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007**. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2008;31(2).
20. Ferreira CT, Seidman E. Food allergy: a practical update from the gastroenterological viewpoint. **J Pediatr**. 2007;83(1):7-20.
21. Baehler P, Seidman EG. Gastrointestinal manifestations of food-protein-induced hypersensitivity; eosinophilic gastroenteritis. In: Rudolph CD, Rudolph AM,

- Hostetter Mk, Lister GE, Siegel NJ, editors. **Rudolph's pediatrics**. 21st ed. New York: McGraw Hill; 2002. p. 1444-7.
22. Eneo Alves da Silva Júnior. **Manual de Controle Higiênico-sanitário em Alimentos**. Editora Varela. 6ª edição, 2007.
23. Akobeng, AK, Ramanan AV , Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Arch Dis Child** 2006; 91:39-43.
24. Norris, JM, Baariga, K, Hoffenberg EJ, Taki I, Miao D, Haas JE, Emery LM, Sokol RJ, Erlich HA, Eisenbarth GS, Rewers M. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. **JAMA** 2005; 293(1):2343-2351.
25. Downs AH, Black, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. **J Epidemiol Community Health** 1998; 52:377-384.
26. Araújo, WM, Montebello, NP, Botelho, RBA, Borgo, LA. **Alquimia dos Alimentos. Série Alimentos e Bebidas**. Volume 2. 2ª edição. Brasília: Editora SENAC, 2011.

### **3.2 PRÁTICAS DE PEDIATRAS E NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL QUANTO À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES APÓS ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

#### **INTRODUÇÃO**

O consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, principalmente entre as crianças menores de dois anos de idade (OLIVEIRA, 2005). Uma nutrição adequada durante a infância é fundamental para o desenvolvimento do potencial humano completo de cada criança. É bem reconhecido que o período entre o nascimento e os dois anos de idade é uma janela de tempo crítica para a promoção do crescimento, da saúde e do desenvolvimento ótimos. Em estudos longitudinais tem se comprovado consistentemente que esta é a idade pico em que ocorrem falhas de crescimento, deficiências de certos nutrientes e enfermidades comuns da infância (OPAS, 2003).

A alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno (WHO/UNICEF, 1998). E já está demonstrada a influência desta alimentação no substrato metabólico do indivíduo, na aquisição do paladar, no controle do apetite e no desenvolvimento psicomotor (SPDF, 2008).

Evidências atuais são conclusivas quanto ao fato de que seis meses é a idade adequada para introdução de alimentos complementares. Apesar de vários estudos independentes falharem ao tentar estabelecer qualquer benefício significativo associado à introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de idade, a desnutrição é bem documentada em países como Nigéria e Etiópia, onde a amamentação prolongada, além da idade de seis meses, é praticada sem complementá-la com alimentos adequados (MERWE et al., 2007).

Porém, Arden (2010) afirma que a recomendação da OMS foi baseada em uma análise da adequação do aleitamento materno nos países desenvolvidos e em

desenvolvimento, em vez de estudar quaisquer efeitos negativos da introdução de alimentos sólidos, entre quatro e seis meses, particularmente para os países desenvolvidos, onde o risco de doença gastrointestinal é baixo. Isto levou a um debate na literatura sobre a utilidade da rígida recomendação de seis meses da OMS versus uma de quatro a seis meses (mas não antes de quatro meses) que permite o ajuste de acordo com as diferenças individuais. Isso demonstra apenas um dos vários pontos de divergência da literatura quanto ao tema alimentação complementar.

Nos últimos anos, têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem tido menos progressos (WHO/UNICEF, 1998). Novos conhecimentos sobre alimentação infantil adquiridos nos últimos 20 anos tornaram ultrapassados muitos conceitos e recomendações que fizeram parte da prática pediátrica por muito tempo. No entanto, uma parcela da população, incluindo profissionais de saúde, desconhece os avanços científicos nessa área (PAHO/WHO, 2003).

Além disso, poucos estudos têm sido realizados para avaliar como os pais recebem as recomendações sobre a introdução de alimentos. Skinner et al. (1997) concluíram que os pais têm uma tendência a introduzir alimentos mais cedo do que o recomendado, e em outro estudo, Schoetzau et al. (2002) encontraram uma baixa adesão às recomendações de prevenção de alergias no período de alimentação complementar em mães de pouca idade e baixa escolaridade.

Por esta razão, é essencial assegurar que as pessoas encarregadas do cuidado e saúde das crianças recebam orientação apropriada sobre a alimentação ótima de lactantes e crianças pequenas (OPAS, 2003). Mas, na prática, os profissionais de saúde apresentam dificuldade para se manter atualizados em relação à alimentação infantil, especialmente pela falta de investimentos da rede pública em treinamentos que enfoquem a melhoria do desempenho em aconselhamento (BASSICHETTO et al., 2008). Além disso, em muitos países, os programas de saúde da criança não enfatizam o tema alimentação infantil. Como resultado, muitos profissionais de saúde não têm conhecimento da importância desta fase de crescimento, dos problemas comuns que existem, ou que recomendações usar quando conversam com as famílias (WHO, 2004).

Assim, o profissional de saúde também deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar e ouvir, demonstrar interesse e orientar todos os cuidadores da criança, para que ela se sinta amada e encorajada a entender sua alimentação como ato prazeroso, o que evita, precocemente, o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais (BRASIL, 2009a).

Nesse contexto, o estudo das alergias alimentares é essencial para se justificar parte das orientações fornecidas para a alimentação complementar. Em crianças, um pequeno número de alimentos é responsável pela maioria das alergias alimentares. O leite de vaca, bem como produtos de soja (que muitas vezes são escolhidos como "alternativas" para leite de vaca), trigo, peixes, nozes e amendoim são os gatilhos mais comuns (WERFEL, 2008).

Os alimentos complementares são representados, geralmente, pelos cereais, frutas, hortaliças e raízes, além dos grupos das carnes, gorduras e ovos. Mas, similarmente a outros países periféricos, no Brasil, e particularmente na região Nordeste, os alimentos complementares são basicamente compostos pelos cereais e pelos amiláceos derivados de raízes e tubérculos, que normalmente integram preparações de reduzida densidade energética e de baixa disponibilidade de micronutrientes (OLIVEIRA et al., 2005).

Dewey (2003) em uma revisão dos guias alimentares nacionais e internacionais demonstrou que existem inconsistências nas recomendações específicas para a alimentação de lactentes e crianças pequenas. Alguns guias se baseiam em tradições e especulações mais do que em bases científicas e não são muito específicos quanto a temas como a ordem de introdução de alimentos e quantidades específicas dos alimentos que os lactantes devem receber. Para evitar confusão, é necessário contar com guias unânimes que podem ser adaptados as práticas alimentares e condições locais.

Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para garantir a segurança alimentar de uma população. Por ser uma atribuição dos profissionais de saúde a sua promoção e das mães/cuidadoras a sua execução, o sucesso final da ação depende da qualidade das informações passadas por estes profissionais em seus



atendimentos aos cuidadores das crianças, que precisam estar preparados para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo da alimentação infantil no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de alimentação do primeiro ano de vida em diante.

Assim, este trabalho teve como principal objetivo avaliar a conduta de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal quanto suas orientações sobre a introdução de alimentos complementares.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho é uma pesquisa transversal exploratória, por ser este o primeiro estudo que contempla as variáveis analisadas.

Um instrumento foi elaborado para a coleta de informações sobre as práticas de Nutricionistas e Pediatras do Distrito Federal sobre o tema da pesquisa. Neste instrumento, há 37 questões sobre recomendações fornecidas pelos profissionais aos familiares de lactentes em introdução da alimentação complementar, referências científicas utilizadas, conhecimentos sobre as características dos alimentos indicados, ordem de introdução dos alimentos, forma de preparo das refeições, consistência, restrições alimentares, hidratação, utilização de sal, açúcar e óleo.

Este instrumento foi elaborado em função da literatura científica pesquisada e dos estudos recentes de doenças associadas, alergia alimentar e alimentação complementar.

O formulário foi inicialmente avaliado pela técnica de juízes (PASQUALI, 1999) por cinco profissionais da área de alimentação complementar e, posteriormente, foi realizada análise semântica (PASQUALI, 1999) para verificar correta compreensão

das informações solicitadas, por dez profissionais (cinco Pediatras e cinco Nutricionistas) que não fizeram parte da amostra.

A amostra da pesquisa foi constituída por Pediatras e nutricionistas do quadro dos Centros de Saúde da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (GDF) que atuam na área de alimentação infantil. Para ter acesso aos profissionais, foi realizado contato com a Secretaria de Saúde do GDF e os respectivos setores dos profissionais em questão. Tais setores forneceram os endereços eletrônicos dos profissionais e assim, o instrumento foi enviado, por correio eletrônico, para 180 Pediatras e 60 Nutricionistas que correspondiam ao total de profissionais disponíveis nos Centros de Saúde do GDF no ano de 2010. O envio dos instrumentos teve início no mês de outubro de 2010 e a tolerância para devolução se deu até fevereiro de 2011.

Anexo ao instrumento, os participantes da pesquisa receberam uma carta de apresentação do estudo (Apêndice 2) e um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3) solicitando a concordância com a divulgação dos dados fornecidos sem identificação nominal.

Os dados foram introduzidos num banco específico para esta pesquisa, elaborado no Programa Statistical Package for Science – SPSS, na versão 17.0, no qual também foram processadas as análises. Após a criação do formulário de entrada dos dados, foi realizada a verificação destes por meio da análise de distribuição de frequência, comparando-se os valores de cada variável no banco de dados do SPSS com aqueles possíveis de ocorrência, buscando-se evitar erros na digitação.

Foram realizadas as análises estatísticas dos dados de natureza descritiva (frequência, média, porcentagem, mínimo e máximo) para caracterização da amostra, e a análise de variância (Kruskal Wallis, Índice de Direção da Associação de Spearman).

Após a coleta de informações tanto na literatura científica quanto no instrumento, foi realizada uma comparação das orientações sobre introdução de alimentos/alimentação complementar entre os profissionais de saúde participantes da amostra.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília sob o número de protocolo 127/10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se um retorno de resposta ao instrumento de 28% (n=50) por parte dos Pediatras e de 40% (n=24) por parte dos Nutricionistas. Entretanto, dois Pediatras foram descartados do estudo por declararem não trabalhar com alimentação complementar, o que totalizou 48 participantes deste segmento. Foram, então, analisados 72 instrumentos. A taxa de resposta encontrada foi acima da expectativa de retorno para instrumentos enviados de forma eletrônica que de acordo com o estudo de Gouveia e Günther (1995) é de 10%.

A tabela 1 mostra o perfil demográfico dos profissionais participantes da pesquisa que se apresentaram em sua maioria na faixa etária entre 30 e 39 anos, com predominância do sexo feminino (80%) e para Pediatras a maior prevalência do tempo de formado foi acima de 20 anos e para os Nutricionistas entre 5 e 10 anos. Dentre eles, 61% possuem especialização.

Tabela 1: Perfil Demográfico dos Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF - 2011

	Pediatras		Nutricionistas		Total	
	N	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
20-29	1	2	9	37	10	14
30-39	18	37	10	42	28	39
40-49	9	19	1	4	10	14
50-59	20	42	4	17	24	33
Sexo						
Feminino	34	71	24	100	58	80
Masculino	14	29	-	-	14	20
Tempo de formado						
≥ 1 ano e ≤ 2 anos	-	-	2	8	2	3
>2 anos e ≤ 5 anos	-	-	4	17	4	6
>5 anos e ≤ 10 anos	8	16	12	50	20	28
> 10 anos e ≤ 20 anos	19	40	1	4	20	27
Mais de 20 anos	21	44	5	21	26	36
Possui especialização	28	58	16	67	44	61

Cabe destacar que o meio mais frequente apontado tanto por Pediatras quanto por Nutricionistas para sua atualização e, conseqüentemente, norteador de sua prática, são os Eventos científicos (n=64). Para os Pediatras o meio menos utilizado para sua atualização são os colegas de trabalho (n=16) e para os Nutricionistas (n=18), os cursos acadêmicos (Figura 1). Vale ressaltar que no instrumento elaborado não foi disponibilizada a opção Televisão como fonte de informação dos profissionais podendo então ser considerado uma limitação do presente trabalho.

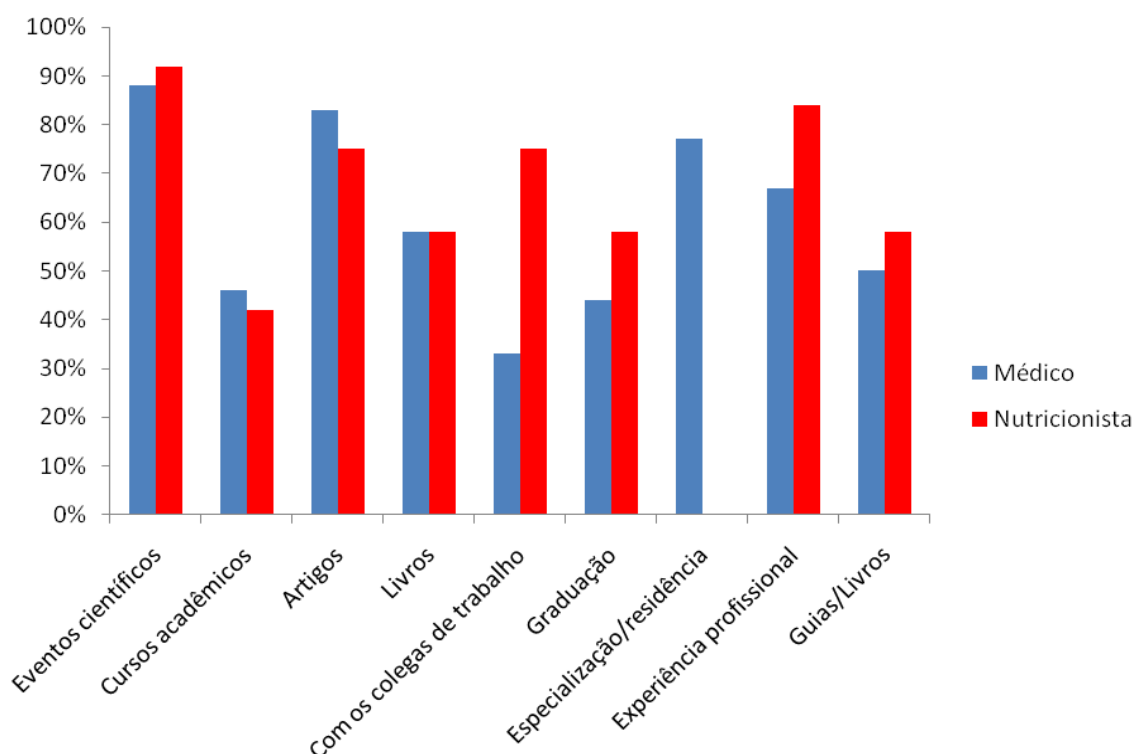


Figura 1 - Referências e meio de atualização científica dos Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF

No que concerne ao local de atendimento de Pediatras e Nutricionistas, os profissionais revelaram que o local mais frequentemente citado foi o ambulatório do Sistema Único de Saúde – SUS (n=29 e n=23, respectivamente).

Outro dado coletado para esta pesquisa foi acerca da atualização dos profissionais. Os resultados mostram que 60% (n=28) dos Pediatras e Nutricionistas (n=14) se atualizaram quanto ao tema pela última vez em 2010.

Quanto à ordem de introdução dos alimentos, o grupo de hortaliças (denominados no questionário legumes e verduras para melhor compreensão dos

participantes segundo análise semântica) foi o mais recomendado para se iniciar a alimentação. Vale ressaltar que 50% dos Pediatras (n=25) recomendam introdução de frutas inicialmente. Estes dados demonstram quanto o processo de início da introdução de alimentos ainda é controverso na conduta destes profissionais. Destaca-se que o manual da Sociedade Brasileira de Pediatria (2009) não apresenta o grupo das frutas como primeira opção para se iniciar a alimentação complementar.

Ainda quanto à ordem de introdução de grupos de alimentos, 4% dos Pediatras (n=2) e 17% dos Nutricionistas (n=4) revelaram que não seguem nenhuma ordem de introdução dos alimentos. Estes profissionais não recomendam, no primeiro ano de vida, o uso de leite de soja (80%, dos Nutricionistas e 95% dos Pediatras), leite de vaca (45% dos Nutricionistas e 90% dos Pediatras).

Quando comparadas as recomendações de Pediatras e Nutricionistas quanto à ordem de introdução de alimentos, encontrou-se diferenças estatisticamente significativas no caso das Frutas ( $p=0,021$ ;  $Z=1,222$ ), Legumes e Verduras ( $p=0,001$ ;  $Z=2,706$ ), Cereais ( $p=0,001$ ;  $Z=1,273$ ), Leguminosas ( $p=0,049$ ;  $Z=1,237$ ) e Peixe ( $p=0,041$ ;  $Z=2,564$ ). O Peixe é recomendado já no início da introdução por 25% dos Nutricionistas (n=6) e 8% (n= 4) dos Pediatras.

No que tange ao número de repetições de oferta de um mesmo alimento antes de introduzir um novo, 25% dos Pediatras não recomendam repetição, 30% recomendam oferecer três vezes e 33%, seis vezes. Cabe destacar que metade dos Nutricionistas não recomenda (50%; n= 12) a repetição do alimento. Os outros 50% recomendam repetir a oferta do alimento duas a três vezes. Nesse quesito há diferença significativa entre Pediatras e Nutricionistas ( $p=0,005$ ;  $Z=1,973$ ).

Ao mesmo tempo em que os profissionais recomendam a repetição de um mesmo alimento, 40% (n=19) dos Pediatras e 42% (n=10) dos Nutricionistas não orientam que se faça algum tipo de observação à criança após a introdução de um novo alimento.

Todos os Nutricionistas participantes afirmaram orientar quanto à forma de preparar os alimentos a serem oferecidos ao lactente assim como 83% (n = 4) dos Pediatras, não havendo diferença estatística entre eles ( $p=0,883$ ). O instrumento

recomendado para este preparo é o garfo, de acordo com 100% das Nutricionistas e 93% dos Pediatras. Ainda nessa perspectiva, 60% dos Pediatras (n=29) e 75% (n=18) das Nutricionistas apontam a cocção com pouca água ou à vapor como melhor indicação. Os temperos sugeridos para o preparo foram cebola, alho e demais temperos frescos sem recomendação dos industrializados.

No que se refere ao uso de açúcar, a Figura 2 mostra que 58% (n=14) dos Nutricionistas e 36% (n=17) dos Pediatras não recomendam seu uso. Destaca-se que 6% (n=3) dos Pediatras não acusaram restrições a este alimento, que comprovadamente está diretamente relacionado à formação de hábitos inadequados que poderão gerar doenças crônicas não transmissíveis em longo prazo, além de cáries dentárias (BRASIL, 2008).

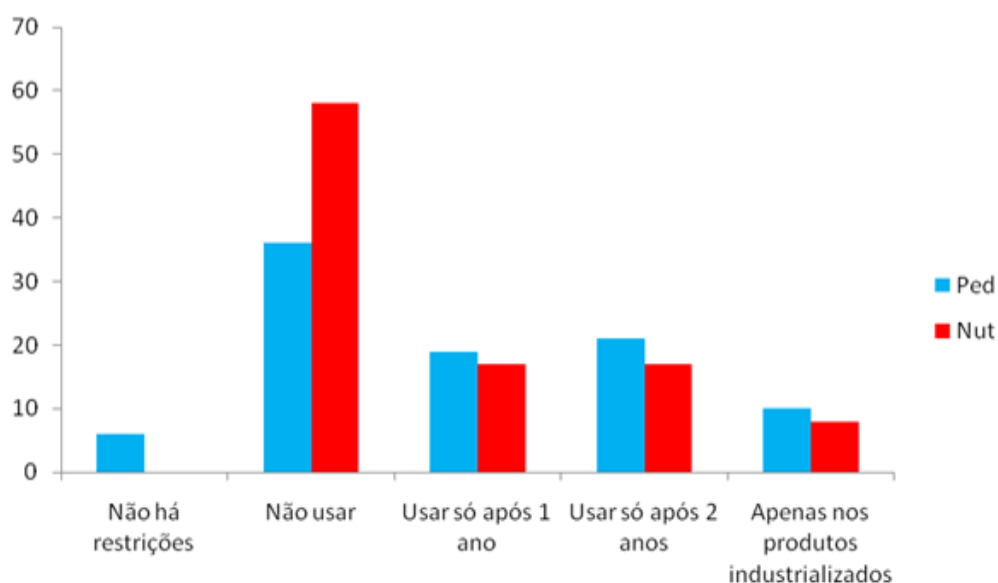


Figura 2 – Recomendação quanto à utilização de açúcar de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF

Quanto à recomendação de sal, a maior parte dos profissionais indicou sua utilização durante o preparo dos alimentos e nenhum deles aponta a opção do uso de sal de acordo com o hábito da família (Figura 3). Espera-se que se utilize menor quantidade de sal para a preparação das refeições de alimentação complementar para uma correta educação do paladar e assim, prevenindo-se doenças cardiovasculares diretamente relacionadas ao excesso do consumo deste nutriente (BRASIL, 2008).

Quanto à quantificação, o próprio Guia do MS não dispõe desta informação, o que dificulta a compreensão das mães e /ou cuidadoras quanto ao correto modo de preparo.

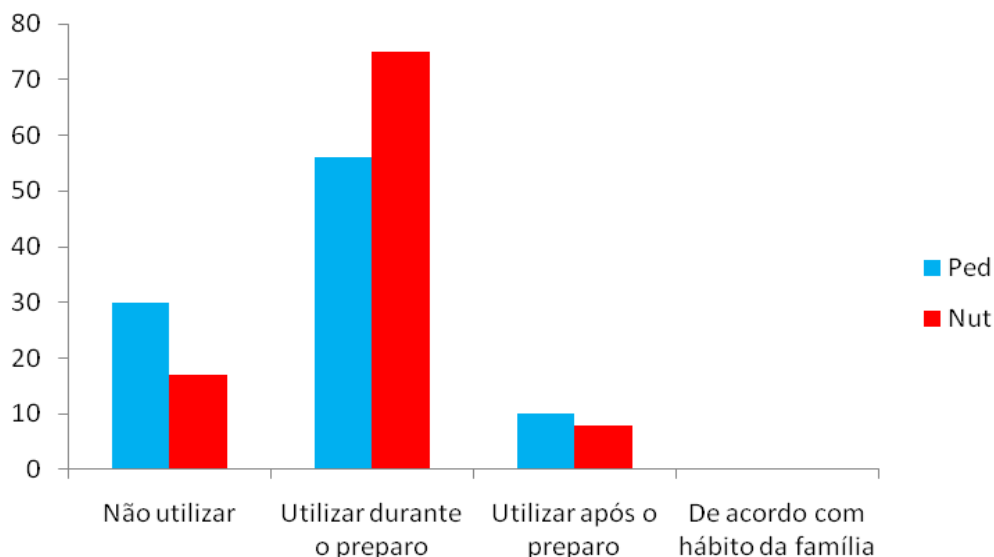


Figura 3 - Recomendação quanto à utilização de sal de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF

No quesito utilização de óleo, 77% (n=37) dos Pediatras e 92% (n=22) dos Nutricionistas recomendam seu acréscimo na preparação já pronta como forma de aumentar o aporte calórico diário. Foram citados tanto óleo de soja, canola e milho como azeite de oliva. O acréscimo de óleos após o preparo, apesar de favorecer nutricionalmente pela não modificação do conteúdo de ácidos graxos poli e monoinsaturados, não favorece o sabor das preparações. Refogar os temperos citados pelos entrevistados como cebola e alho favorece a liberação de substâncias que melhoram o sabor das preparações (ARAÚJO et al, 2011).

Cabe salientar que 40% (n=29) de todos os profissionais (Pediatras e Nutricionistas) recomendam a utilização de papas industrializadas. Resultado talvez justificado pelo presente e insistente marketing das indústrias de fórmulas infantis e papas industrializadas. No entanto, não salientaram quando recomendam a utilização dessas papas, se em casos de alimentação fora de casa ou no consumo diário. É importante destacar que para o consumo esporádico e quando a família não faz suas refeições em casa, as papas industrializadas são uma opção que garante menor risco de

toxinfecções na criança. Assim a orientação dos profissionais deve deixar claro o momento de utilização desses produtos.

Já a evolução da consistência de acordo com a dentição foi considerada por 46% (n=22) dos Pediatras e 17% (n=4) dos Nutricionistas, conduta significativamente diferente entre as classes ( $p=0,047$ ;  $Z=-2,470$ ).

Cabe destacar que 75% (n=54) dos Pediatras e Nutricionistas não restringem qualquer tipo de fruta na alimentação complementar. Pouco mais de 80% (n=58) deles não recomendam a oferta de sucos antes dos seis meses de vida, mas após este período, há diferença entre as condutas já que 29% (n=14) dos Pediatras e 75% dos Nutricionistas não os indicam ( $p=0,001$ ;  $Z=2,176$ ).

No que diz respeito à utilização de cereais integrais, 66% dos Pediatras (n=32) e 58% (n=14) dos Nutricionistas não fazem recomendações específicas quanto a sua introdução, deixando aos pais essa tarefa.

Quanto ao uso de feijão, em torno de 50% dos Pediatras e Nutricionistas (n=36) recomendam o seu uso completo (grãos e caldo). Entretanto 25% (n=12) dos Pediatras recomendam que se introduza primeiro o caldo e posteriormente os grãos. Esta recomendação é semelhante para 42% (n=10) dos Nutricionistas. Ainda 20% dos Pediatras (n=14) recomendam a oferta de caldo e grãos juntos peneirados, que contraria a recomendação de não utilização de peneira como utensílio de preparo de papas devido à relevante probabilidade de ser uma considerável fonte de contaminação microbológica.

Quanto ao tipo de peixe recomendado, aproximadamente 60% (n=43) dos Pediatras e Nutricionistas sugerem tanto os de origem marinha quanto os de rio, tanto na forma de filé como de posta. Apenas 4% dos Pediatras (n=2) e 17% (n=8) dos Nutricionistas não indicam peixe.

Outra questão abordou a idade, em meses, em que deveria ser introduzida uma série de alimentos. Os resultados foram separados em duas figuras (4 e 5). A Figura 4 trata dos alimentos protéicos e a Figura 5, das oleaginosas, mel, cereais e separadamente, o trigo.



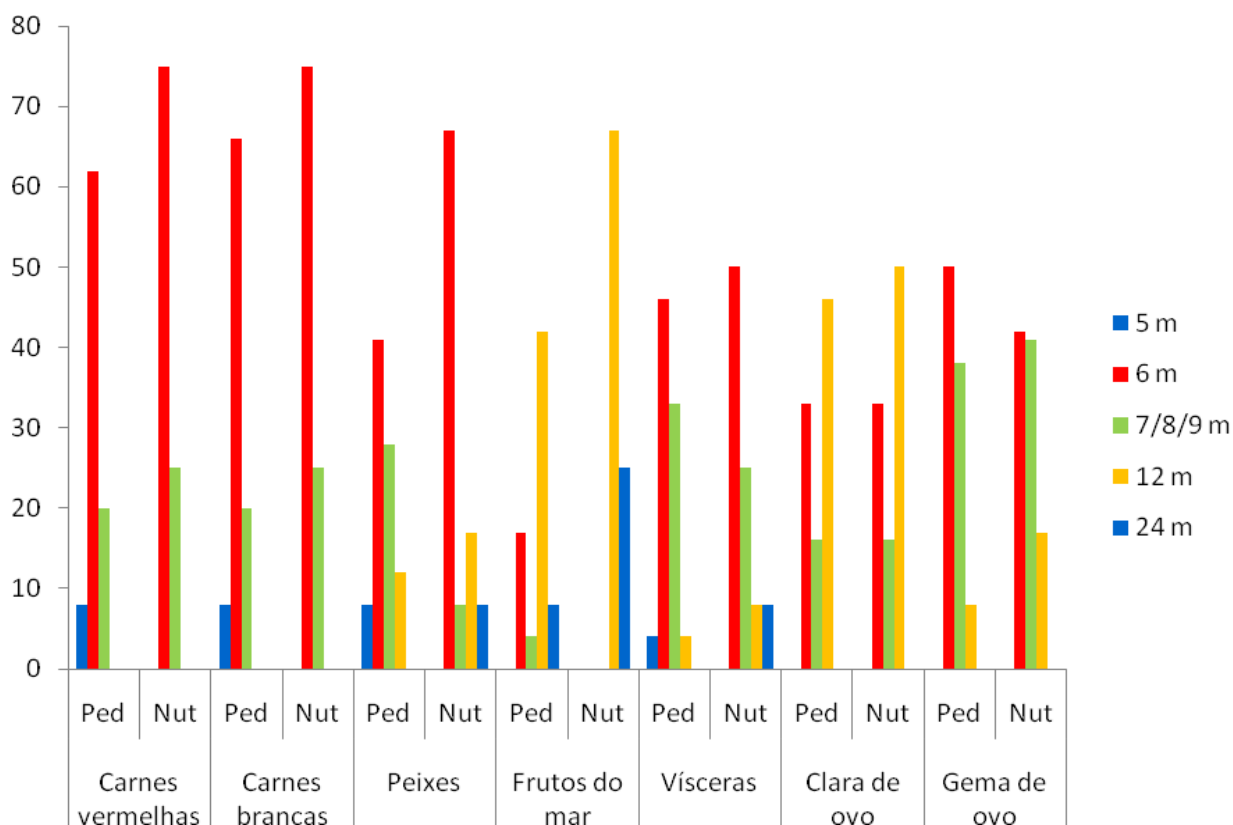


Figura 4 – Idade, em meses, em que é recomendada a introdução de carnes, peixes, frutos do mar, vísceras e ovos por Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF

As carnes vermelhas, brancas e pescados, em sua maioria, tiveram orientação de serem ofertadas aos seis meses de vida. Já frutos do mar e clara de ovo, apenas após 12 meses. Destaca-se que ainda há a separação entre gema e clara de ovo na maior parte das recomendações aqui encontradas. Sendo que 50% dos Pediatras (n=24) e 46% dos Nutricionistas (n=11) recomendaram a oferta da clara de ovo apenas após os 12 meses enquanto que metade dos Pediatras (n=24) e quase a metade dos Nutricionistas (n=11) indicaram o início do uso de gema já aos seis meses. Novamente, esta diferença corrobora com os resultados controversos sobre o tema apresentados no primeiro artigo deste trabalho.

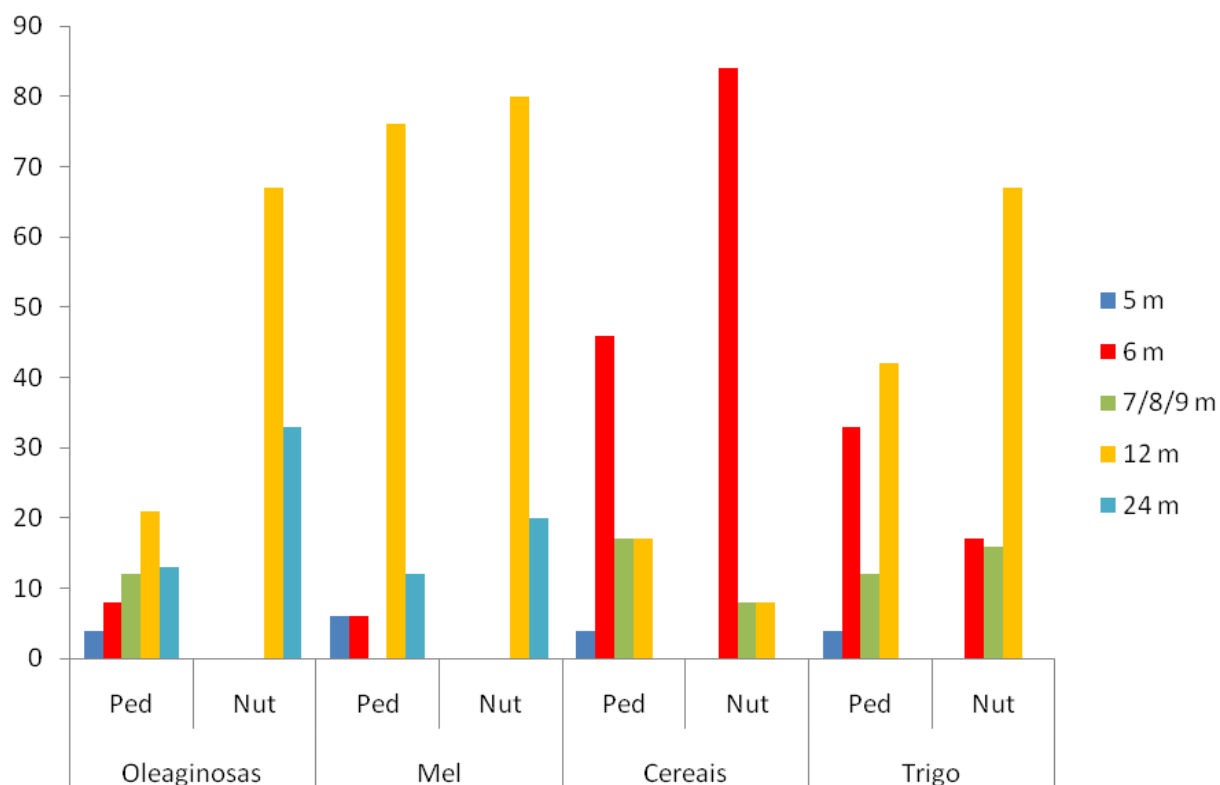


Figura 5 - Idade, em meses, em que é recomendada a introdução de oleaginosas, mel, cereais e, especificamente, o trigo por Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF

A Figura 5 mostra que 84% dos Nutricionistas (n=20) e 46% dos Pediatras (n=22) recomendam aos seis meses o uso de cereais na alimentação complementar. Entretanto, quando questionados sobre o trigo, especificamente, os resultados foram diferentes, com 67% dos Nutricionistas (n=16) e 42% dos Pediatras (n=20) recomendando sua introdução após o décimo segundo mês de vida. Em torno de 80% dos profissionais não recomendaram o uso de mel antes dos 12 meses em função do risco de botulismo nessa fase da vida.

A maior divergência entre as condutas foi no quesito oleaginosas, onde 45% dos Pediatras (n=22) recomendaram seu uso antes dos 12 meses em oposição aos 100% (n=24) dos nutricionistas que recomendaram seu uso com 12 meses ou mais. Cabe destacar que nem o Guia do MS nem o da SBP orientam sobre a introdução de frutas oleaginosas e amendoim, mas o consenso de alergia brasileiro só recomenda introdução após o 3º ano de vida.

No que diz respeito à ingestão de água, todos os profissionais recomendaram sua introdução após o início de outro alimento que não o leite materno. Os Nutricionistas recomendam sua oferta no intervalo entre as refeições, assim como 84% (n=40) dos Pediatras. Ainda neste tema, 50% dos Pediatras (n=24) e 58% dos Nutricionistas (n=14) não recomendaram água de coco. Não houve apresentação de justificativa para esta conduta.

Quanto à recomendação de se retirar algum alimento da nutriz, 60% (n=29) dos Pediatras e 75% (n=18) dos Nutricionistas não recomendam restrição alguma.

No caso da amamentação não exclusiva, foi questionado sobre que produto ofertar como substituto do leite materno e os resultados estão dispostos na Figura 6 que mostra que o produto mais indicado é a fórmula infantil, tanto por Pediatras quanto por Nutricionistas, sem diferença estatística significativa entre eles ( $p=0,360$ ).

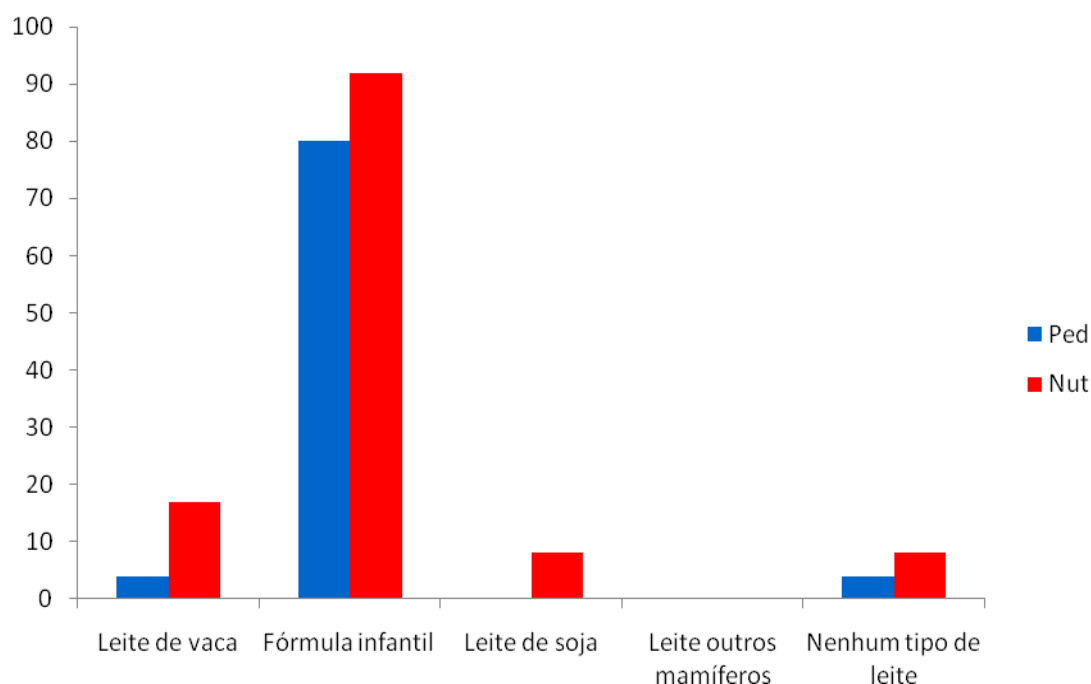


Figura 6 – Produtos indicados como substituto de aleitamento materno exclusivo Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF

Enfim, o instrumento é concluído com o questionamento sobre a recomendação de material de leitura direcionado aos pais e cuidadores sobre o tema alimentação complementar. Esta questão foi inserida por existirem muitos materiais escritos de forma leiga e utilizados como referência pelos pais tendo sido muitas vezes indicados por profissionais de saúde. Assim, 38% (n=18) dos Pediatras e 50% dos Nutricionistas (n=12) recomendaram leitura de algum material. Foram citados, o Guia do Ministério da Saúde, o Guia da Sociedade Brasileira de Pediatria e material específico elaborado pela coordenação de Nutrição da Secretaria de Saúde do GDF.

## CONCLUSÃO

O objetivo de se analisar a conduta de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF GDF quanto à alimentação complementar foi atingido. Foi demonstrado que ainda há muita divergência nas condutas entre as diferentes classes e dentro das classes destes profissionais. Este fato confirma que o tema alimentação complementar ainda não apresenta consenso o que pode interferir diretamente na prevenção de doenças e boas práticas de alimentação saudável que devem se iniciar desde a gestação com ênfase no primeiro ano de vida.

Este achado demonstra ainda a necessidade de políticas públicas que disponibilizem processos de educação continuada aos profissionais de saúde assim como incentivo a novos estudos sobre este tema que ainda se encontra tão divergente.

Vale ressaltar que no instrumento elaborado não foi disponibilizada a opção Televisão como fonte de informação dos profissionais podendo então ser considerado uma limitação do presente trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, WM, MONTEBELLO, NP, BOTELHO, RBA, BORGO, LA. **Alquimia dos Alimentos. Série Alimentos e Bebidas. Volume 2. 2ª edição.** Brasília: Editora SENAC, 2011.

ARDEN, M A. **Conflicting influences on UK mothers' decisions to introduce solid foods to their infants.** Maternal and Child Nutrition, 6(2):159-73, 2010.

BASSICHETTO, K. C., RÉA, M. F. **Infant and young child feeding counseling: an intervention study.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 84(1):75-82, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Série A – Normas e Manuais Técnicos. 1ª edição. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar.** Série A – Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília-DF, 2009.

DEWEY, K. G., BROWN, K. H. **Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs.** Food Nutr Bull, vol. 24, no. 1, in press, 2003.

DUGGAN, C., WATKINS, J. B., WALKER, W. A. **Nutrition in Pediatrics 4: Basic Science, Clinical Applications.** Ed. PMPH-USA, 2008.

GIUGLIANI, E. R. J., VICTORIA, C. G. **Alimentação Complementar.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 76 (Suppl 3):253-62, 2000.

MERWE, J., KLUYTS, M., BOWLEY, N., DEBBIE, M. **Optimizing the introduction of complementary foods in the infant's diet: a unique challenge in developing countries.** Maternal and Child Nutrition. 3, pp. 259–270, South Africa, 2007.

MONTE, C. M. G., GIUGLIANI, E. R. J. **Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 80(5 Supl):S131-S141, 2004.

ODJIK J, KULL I, BORRES MP, BRANDTZAEG P, EDBERG U, HANSON LA. **Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966- 2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations.** Allergy. 58:833-43, 2003.

OLIVEIRA, L. P. M. **Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida.** Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 4, Aug., 2005.

OPAS. **Principios de orientaci3n para la alimentaci3n complementaria del ni1o amamantado.** Washington DC, 2003.

PAHO/WHO. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.** Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. Pan American Health Organization/World Health Organization. Washington/Geneva; 2003.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração.** LabPAM/IBAPP, 1999.

SANTOS, C. S., LIMA, L. S., JAVORSKI, M. **Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 7 (4): 373-380, out. / dez., 2007.

SCHOETZAU A, GEHRING U, FRANKE K, GRUBL A, KOLETZKO S, VON BERG A. **Maternal compliance with nutritional recommendations in an allergy preventive programme.** Arch Dis Child. 86: 180–4, 2002.

SINAGRA JL, BORDIGNON V, FERRARO C. **Unnecessary milk elimination diets in children with atopic dermatitis.** Pediatr Dermatol, 24: 1–6, 2007.

SKINNER, J D, CARRUTH, B R, HOUCK, K, MORAN, J 3RD, COLETTA F, COTTER R. **Transitions in infant feeding during the first year of life.** J Am Coll Nutr; 16: 209–15, 1997.

SPDF. **Manual de Gastroenterologia Pediátrica.** Departamento de Gastroenterologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria do DF, 2008.

VALLE NJ, SANTOS I, GIGANTE DP. **Intervenções nutricionais e crescimento em crianças de até 2 anos de idade: uma revisão sistemática.** Caderno de Saúde Pública, 20:1456-65, 2004.

VIEIRA, G. O., SILVIA, L. R., VIEIRA, T. O., ALMEIDA, J. A. G., CABRAL, V. A. **Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 80:411-6, 2004.

VITOLLO, M. R., BORTOLINI, G. A., FELDENS, C. A., DRACHLER, M. L. **Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1448-1457, set-out, 2005.

WERFEL, T. **Food allergy.** JDDG, Berlim. 1610-0379, 2008.

WHO. **Complementary Feeding Counselling: a training course.** WHO, 2004.

WHO/UNICEF. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva: World Health Organization, 1998.



## CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO

O presente trabalho evidencia que ainda há muitas lacunas a serem preenchidas na literatura nacional e no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde quanto ao correto manejo da alimentação complementar após o aleitamento materno exclusivo. Destacando-se as questões alérgicas e, principalmente, a escassez de informações quanto a Técnica Dietética a ser aplicada no preparo das refeições ofertadas ao público em questão. Tais lacunas acabam por causar contradições nas condutas dos profissionais responsáveis pelas orientações aos pais e cuidadores dos lactentes. Difícil, portanto, mensurar as possíveis consequências na saúde dos lactentes, a curto e longo prazo.

O objetivo de se analisar a conduta de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do DF quanto à alimentação complementar foi atingido. Foi demonstrado que há muita divergência nas condutas entre as diferentes classes e dentro das classes destes profissionais. Este fato confirma que o tema alimentação complementar ainda não apresenta consenso o que pode interferir diretamente na prevenção de doenças e boas práticas de alimentação saudável que devem se iniciar desde a gestação com ênfase no primeiro ano de vida.

Por ser um momento de essencial importância na construção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de alergias e crescimento e desenvolvimento das crianças, o tema alimentação complementar deveria ter um embasamento científico mais sólido entre os profissionais da área de saúde e suas regras de implantação deveriam ser conduzidas corretamente. Assim, estes profissionais proporcionariam às famílias informações corretas e competências de que necessitam para alimentar bem seus filhos. No Brasil

Este achado demonstra a necessidade de políticas públicas que disponibilizem processos de educação continuada a profissionais de saúde assim como incentivo a novos estudos sobre este tema que ainda se encontra tão divergente. E fortalece a importância da continuidade do ENPACS para a reversão deste quadro assim como constante atualização quanto a novos conceitos que ainda surgirão.

Propõe-se a análise de referências internacionais como forma de tentativa de reduzir as dúvidas e divergências encontradas quanto ao tema. Assim como avaliar as razões e justificativas para as práticas encontradas pelos profissionais aqui analisados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARDEN, M A. **Conflicting influences on UK mothers' decisions to introduce solid foods to their infants.** Maternal and Child Nutrition, 6(2):159-73, 2010.

BASSICHETTO, K. C., RÉA, M. F. **Infant and young child feeding counseling: an intervention study.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 84(1):75-82, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar.** Série A – Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília-DF, 2009.

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.** Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF, 2009.

CURY, M T F. **Aleitamento materno.** In: ACCIOLY, E, SAUNDERS, C. LACERDA, EMA. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009, p. 301-314.

DEWEY, K. G., BROWN, K. H. **Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs.** Food Nutr Bull, vol. 24, no. 1, in press, 2003.

DOWNS AH, BLACK, N. **The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions.** J Epidemiol Community Health 1998; 52:377-384.

DUGGAN, C., WATKINS, J. B., WALKER, W. A. **Nutrition in Pediatrics 4: Basic Science, Clinical Applications.** Ed. PMPH-USA, 2008.

GIUGLIANI, E. R. J., VICTORIA, C. G. **Alimentação Complementar.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 76 (Suppl 3):253-62, 2000.

MERWE, J., KLUYTS, M., BOWLEY, N., DEBBIE, M. **Optimizing the introduction of complementary foods in the infant's diet: a unique challenge in developing countries.** Maternal and Child Nutrition. 3, pp. 259–270, South Africa, 2007.

MONTE, C. M. G., GIUGLIANI, E. R. J. **Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 80(5 Supl):S131-S141, 2004.

ODJIK J, KULL I, BORRES MP, BRANDTZAEG P, EDBERG U, HANSON LA. **Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966- 2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations.** Allergy. 58:833-43, 2003.

OLIVEIRA, L. P. M. **Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida.** Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 4, Aug., 2005.

OPAS. **Principios de orientaciones para la alimentación complementaria del niño amamantado.** Washington DC, 2003.

PAHO/WHO. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.** Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. Pan American Health Organization/World Health Organization. Washington/Geneva; 2003.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: Manual práctico de elaboração.** LabPAM/IBAPP, 1999.

SANTOS, C. S., LIMA, L. S., JAVORSKI, M. **Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 7 (4): 373-380, out. / dez., 2007.

SCHOETZAU A, GEHRING U, FRANKE K, GRUBL A, KOLETZKO S, VON BERG A. **Maternal compliance with nutritional recommendations in an allergy preventive programme.** Arch Dis Child. 86: 180–4, 2002.

SINAGRA JL, BORDIGNON V, FERRARO C. **Unnecessary milk elimination diets in children with atopic dermatitis.** Pediatr Dermatol, 24: 1–6, 2007.

SKINNER, J D, CARRUTH, B R, HOUCK, K, MORAN, J 3RD, COLETTA F, COTTER R. **Transitions in infant feeding during the first year of life.** J Am Coll Nutr; 16: 209–15, 1997.

SPDF. **Manual de Gastroenterologia Pediátrica.** Departamento de Gastroenterologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria do DF, 2008.

Valle NJ, Santos I, Gigante DP. **Intervenções nutricionais e crescimento em crianças de até 2 anos de idade: uma revisão sistemática.** Caderno de Saúde Pública, 20:1456-65, 2004.

VIEIRA, G. O., SILVIA, L. R., VIEIRA, T. O., ALMEIDA, J. A. G., CABRAL, V. A. **Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas.** J. Pediatr., Rio de Janeiro, 80:411-6, 2004.

VITOLLO, M. R., BORTOLINI, G. A., FELDENS, C. A., DRACHLER, M. L. **Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1448-1457, set-out, 2005.

WERFEL, T. **Food allergy.** JDDG, Berlin. 1610-0379, 2008.

WHO. **Complementary Feeding Counselling: a training course.** WHO, 2004.

WHO/UNICEF. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva: World Health Organization, 1998.

**APÊNDICE**

**APÊNDICE 1****FORMULÁRIO**

1. A sua idade está inserida em qual das faixas etárias abaixo?
  - 1.1. ( ) 20 – 29
  - 1.2. ( ) 30 – 39
  - 1.3. ( ) 40 – 49
  - 1.4. ( ) 50 – 59
  - 1.5. ( ) 60 – 69
  - 1.6. ( ) 70 – 79
  - 1.7. ( ) 80 ou mais
2. Qual seu sexo?
  - 2.1. ( ) Feminino
  - 2.2. ( ) Masculino
3. Qual é a sua formação?
  - 3.1. ( ) Médico Pediatra
  - 3.2. ( ) Nutricionista
4. Você possui alguma especialidade/especialização?
  - 4.1. ( ) Não
  - 4.2. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
5. Há quanto tempo é formado?
  - 5.1. ( ) Menos de 1 ano
  - 5.2. ( )  $\geq$  1 ano e  $\leq$  2 anos
  - 5.3. ( )  $>$  2 anos e  $\leq$  5 anos
  - 5.4. ( )  $>$  5 anos e  $\leq$  10 anos
  - 5.5. ( )  $>$  10 anos e  $\leq$  20 anos
  - 5.6. ( ) Mais de 20 anos
6. Você trabalha com introdução de alimentos/alimentação complementar?
  - 6.1. ( ) Não
  - 6.2. ( ) Sim
7. Onde você realiza seu atendimento?
  - 7.1. ( ) Consultório
  - 7.2. ( ) Hospital privado



- 7.3. ( ) Hospital público
- 7.4. ( ) Ambulatório
- 7.5. Outro. Cite: \_\_\_\_\_
8. Em que referência(s) você se baseia para fazer o seu atendimento?
- 8.1. ( ) Sua graduação
- 8.2. ( ) Especialização/residência
- 8.3. ( ) Sua experiência profissional
- 8.4. ( ) Guias. Quais? \_\_\_\_\_
- 8.5. ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_
9. Onde você se atualiza?
- 9.1. ( ) Eventos científicos
- 9.2. ( ) Cursos acadêmicos
- 9.3. ( ) Artigos
- 9.4. ( ) Livros
- 9.5. ( ) Com os colegas de trabalho
- 9.6. ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_
10. Qual a última vez que se atualizou quanto ao tema “Alimentação Complementar”? \_\_\_\_\_

Sobre a introdução de alimentos em crianças menores de dois anos,

11. Coloque a ordem de introdução de grupos de alimentos que recomenda aos seus pacientes. Se recomenda dois grupos ao mesmo tempo, coloque a mesma numeração.
- 11.1. ( ) Não sigo ordem alguma
- 11.2. ( ) Frutas
- 11.3. ( ) Legumes e verduras
- 11.4. ( ) Cereais
- 11.5. ( ) Leguminosas
- 11.6. ( ) Aves
- 11.7. ( ) Carne bovina
- 11.8. ( ) Carne suína
- 11.9. ( ) Peixe
- 11.10. ( ) Ovo

- 11.11.  Leite de vaca
- 11.12.  Leite de soja
- 11.13.  Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 11.14.  Outro. Qual? \_\_\_\_\_
12. Quantas repetições de um mesmo alimento, você recomenda antes da introdução de um novo alimento?
- 12.1.  Não recomendo repetição
- 12.2.  2
- 12.3.  3
- 12.4.  4
- 12.5.  5
- 12.6.  6 ou mais
13. Você orienta que se faça algum tipo de teste ou observação na criança ao introduzir um novo alimento?
- 13.1.  Não
- 13.2.  Sim
14. Você faz alguma orientação quanto à forma de preparo dos alimentos a serem introduzidos?
- 14.1.  Não
- 14.2.  Sim
15. Que instrumento(s) você recomenda para a preparação das refeições?
- 15.1.  Liquidificador
- 15.2.  Peneira
- 15.3.  *Mixer*
- 15.4.  Garfo
- 15.5.  Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
16. Você faz alguma relação com a evolução da consistência e a dentição?
- 16.1.  Não
- 16.2.  Sim.
17. Você faz restrição ao uso de alguma fruta?
- 17.1.  Não
- 17.2.  Sim. Qual? \_\_\_\_\_
18. Você recomenda utilização de sucos antes dos 6 meses?
- 18.1.  Não

- 18.2.         Sim
- 18.3.         Sim, mas com restrições.
- 18.4.        Quais? \_\_\_\_\_
19. Você recomenda a utilização de sucos a partir dos 6 meses?
- 19.1.         Não
- 19.2.         Sim
- 19.3.         sim, mas com restrições
- 19.4.        Quais? \_\_\_\_\_
20. Você recomenda alguma forma de preparo específico?
- 20.1.         Não
- 20.2.         Sim. Qual? \_\_\_\_\_
21. Faz alguma recomendação quanto ao uso de cereais integrais?
- 21.1.         Não recomendo cereais integrais
- 21.2.         Deixo livre de acordo com a preferência dos pais
- 21.3.         Sim. Qual? \_\_\_\_\_
22. Qual sua orientação quanto ao uso do feijão?
- 22.1.         Não restrinjo o uso de feijões (uso completo)
- 22.2.         Recomendo a introdução do caldo primeiro; e depois os grãos amassados
- 22.3.         Recomendo a introdução do caldo primeiro e depois os grãos passados na peneira
- 22.4.         Recomendo o caldo e o grão juntos, mas passados na peneira
23. A partir de que mês de vida da criança você recomenda a introdução dos alimentos abaixo citados?
- 23.1.        Carnes vermelhas: \_\_\_\_\_
- 23.2.        Carnes brancas: \_\_\_\_\_
- 23.3.        Peixes: \_\_\_\_\_
- 23.4.        Frutos do mar: \_\_\_\_\_
- 23.5.        Vísceras: \_\_\_\_\_
- 23.6.        Clara de ovo: \_\_\_\_\_
- 23.7.        Gema de ovo: \_\_\_\_\_
- 23.8.        Oleaginosas (amendoim, castanhas, avelãs) \_\_\_\_\_
- 23.9.        Cereais \_\_\_\_\_
- 23.9.1.     Trigo (especificamente): \_\_\_\_\_

24. Quais tipos de peixe recomenda?
- 24.1.  Mar
  - 24.2.  Rio
  - 24.3.  Filé
  - 24.4.  Posta
25. Qual sua recomendação quanto à água?
- 25.1.  Apenas quando começa a utilizar outro leite que não o materno
  - 25.2.  Desde o início da vida, mesmo com aleitamento materno
  - 25.3.  Apenas com a introdução de alimentos (excluindo o leite formulado)
26. Quando recomenda o uso da água?
- 26.1.  Durante as refeições
  - 26.2.  Após a refeição
  - 26.3.  No intervalo entre as refeições
27. Você recomenda a utilização de água de coco?
- 27.1.  Não
  - 27.2.  Sim.
28. Qual sua recomendação quanto à cocção das verduras e dos legumes?
- 28.1.  Não oriento quanto à isso
  - 28.2.  Com pouca água
  - 28.3.  Com muita água
  - 28.4.  À vapor
  - 28.5.  Fritas
  - 28.6.  Assadas
29. Quais temperos você sugere para o preparo da refeição?
- 29.1.  Cebola
  - 29.2.  Alho
  - 29.3.  Temperos frescos (salsinha, cebolinha, etc)
  - 29.4.  Temperos secos,
  - 29.5.  Caldos de carne, galinha, etc (industrializados em geral)
30. Qual sua recomendação quanto ao uso do açúcar?
- 30.1.  Não há restrições
  - 30.2.  Não usar
  - 30.3.  Usar só após 1 ano

- 30.4.        ( ) Usar só após 2 anos
- 30.5.        ( ) Apenas no presente nos produtos industrializados
31. Qual sua recomendação quanto ao uso de sal até 1 ano de idade?
- 31.1.        ( ) Não utilizar
- 31.2.        ( ) Utilizar durante o preparo
- 31.3.        ( ) Utilizar após o preparo
- 31.4.        ( ) Deixo a quantidade livre de acordo com o hábito da família
- 31.5.        ( ) Recomendo a seguinte quantidade \_\_\_\_\_
32. Qual óleo/gordura recomenda para o preparo das refeições?
- \_\_\_\_\_
33. Recomenda o acréscimo de óleo/gordura após a refeição pronta?
- 33.1.        ( ) Não
- 33.2.        ( ) Sim. Em que situação? \_\_\_\_\_
34. Você recomenda a utilização de papas industrializadas?
- 34.1.        ( ) Não
- 34.2.        ( ) Sim. Em que situação? \_\_\_\_\_
35. Você recomenda a retirada de algum alimento da dieta da nutriz?
- 35.1.        ( ) Não
- 35.2.        ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_
36. Se a amamentação não ocorrer de forma exclusiva, há recomendação do uso de:
- 36.1.        ( ) leite de vaca
- 36.2.        ( ) fórmula infantil.
- Qual? \_\_\_\_\_
- 36.3.        ( ) Leite de soja
- 36.4.        ( ) Leite de outros mamíferos (caprinos, ovinos)
- 36.5.        ( ) Nenhum tipo de leite
- 36.6.        ( ) Outros.
- Quais? \_\_\_\_\_
37. Você recomenda a leitura de algum livro ou material sobre alimentação infantil para os pais/cuidadores?
- 37.1.        ( ) Não
- 37.2.        ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA/MESTRADO

O Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília (UNB) solicita sua prestimosa colaboração para participar da pesquisa “Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo: práticas e orientações”.

As informações que apoiarão esse estudo serão obtidas, por amostra, junto a Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal, mediante aplicação de um questionário com trinta e sete perguntas sobre alimentação complementar. É fundamental destacar que todas as informações serão mantidas em sigilo e o(a) respondente não será identificado(a), em momento algum. Sua privacidade está assegurada. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio técnico, acadêmico e científico.

Assim, contamos com sua boa vontade e seu senso de colaboração com a ciência e com o interesse coletivo, no sentido de responder a este e-mail com o questionário anexo preenchido juntamente com uma declaração de que concorda com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em qualquer momento do estudo, o Senhor ou a Senhora poderá entrar em contato com os profissionais abaixo indicados que são os responsáveis pela pesquisa e poderão prestar esclarecimentos e dirimir dúvidas relacionadas ao estudo. São eles:

Nutricionista e mestranda Raquel Adjafre da Costa Matos (e-mail: raquel.adjafre@gmail.com, telefone: 61-8131.8183);

Professora Doutora Raquel Assunção Botelho (e-mail: raquelbotelho@terra.com.br);

Professora Doutora Rita de Cássia Akutsu (e-mail: rita\_akutsu@yahoo.com.br).

Todas essas profissionais poderão ser encontradas no Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde, localizado no Campus Darcy Ribeiro, telefone (61) 3307.25.10. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FS) da UnB é (61) 3107.19.47.

Além das questões acadêmicas, esta é uma iniciativa da UNB para colaborar com a sociedade na adequação da conduta de alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo.

Se por acaso, alguma pergunta lhe causar qualquer constrangimento, desde já lhe é assegurado o direito democrático e constitucional de não respondê-la. Também lhe está assegurado o direito de renunciar, a qualquer momento, à condição de colaborador (a) do estudo.

Por razões de ordem meramente acadêmica e organizativa, estabelecemos o prazo para o retorno do questionário respondido o dia 28 de fevereiro de 2011.

Agradecemos imensamente sua compreensão e participação.

Atenciosamente,

Raquel Adjafre - Pesquisadora

Dra. Raquel Botelho e Dra. Rita Akutsu – Orientadoras

### APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA/MESTRADO

Projeto: Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo:  
práticas e orientações

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo: práticas e orientações”. Esta pesquisa tem como principal objetivo propor critérios para uma correta alimentação complementar em lactentes após o aleitamento materno exclusivo. Todas as informações serão sigilosas, ou seja, o(a) Sr.(a) não será identificado(a) em momento algum, sendo assegurada sua privacidade. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico.

A pesquisa será realizada por meio da aplicação de um instrumento composto por trinta e sete questões sobre alimentação complementar em amostra significativa de Pediatras e Nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal. O tempo médio necessário para preencher o instrumento é de aproximadamente 15 minutos.

Em qualquer momento do estudo o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de qualquer dúvida. São eles: Raquel Adjafre da Costa Matos (e-mail: raquel.adjafre@gmail.com, telefone: 61-8131.8183); professora Doutora Raquel Assunção Botelho (e-mail: raquelbotelho@terra.com.br) e professora Doutora Rita de Cássia Akutsu (e-mail: rita\_akutsu@yahoo.com.br) que poderão ser encontradas no Departamento de Nutrição situado na Faculdade de Saúde no Campus Darcy Ribeiro, telefone (61) 33072510. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS – UnB é (61) 31071947.

É garantida a liberdade de não responder a qualquer pergunta que lhe cause constrangimento, além da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.



Assine abaixo se o(a) Sr.(a) aceita participar de livre e espontânea vontade, no que diz respeito ao fornecimento de informação para o preenchimento do instrumento da pesquisa, relacionado à alimentação complementar após aleitamento materno exclusivo.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível: