

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Bruna Oliveira Ungaratti

**IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS DETERMINANTES NA TOMADA
DE DECISÕES DURANTE A INTRODUÇÃO ALIMENTAR**

Santa Maria, RS

2022

Bruna Oliveira Ungaratti

**IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS DETERMINANTES NA TOMADA DE
DECISÕES DURANTE A INTRODUÇÃO ALIMENTAR**

Monografia de Conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de concentração: Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.**

Orientadora: Profa. Dra. Graciela Dutra Sehnem

Coorientadora: Dra. Sabrina Vieira da Silva

Santa Maria, RS

2022

Bruna Oliveira Ungaratti

**IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS DETERMINANTES NA TOMADA DE
DECISÕES DURANTE A INTRODUÇÃO ALIMENTAR**

Monografia de Conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de concentração: Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.**

Aprovado em 24 de fevereiro de 2022

Graciela Dutra Senhem, Dra. (UFSM)

(Presidente/Orientadora)

Melissa Medeiros Braz, Dra. (UFSM)

Jucelaine Arendt Birrer, Me. (UFSM)

Silvana Bastos Cogo, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2022

AGRADECIMENTOS

A conclusão dessa residência marca, para mim, o encerramento de um ciclo de transformação, pelo qual almejei desde o início da graduação e superou qualquer expectativa que eu trouxe. O presente trabalho é uma forma de materializar parte do conhecimento adquirido nessa jornada, que extrapolou referenciais teóricos, mas me fez enxergar o real significado de fazer saúde.

Para que esta realização fosse possível, contei com uma rede de apoio que me manteve em pé diante de situações difíceis. Acima de tudo, mantive a fé que Deus havia me colocado nesse lugar para aprender mais sobre mim e para tocar as vidas pelas quais passei. Por isso, agradeço a Ele pela oportunidade para dar e receber o amor mais genuíno e incondicional, que vem dele.

À minha família, principalmente aos meus pais, que sempre me apoiaram em meus sonhos e fizeram de tudo para que eles se tornassem realidade. Nunca tive dúvidas do quão amada sou e constantemente busco retribuir todo o carinho que recebo deles, tentando me espelhar nas inúmeras qualidades que tem para que eu seja uma pessoa melhor.

Ao meu esposo, agradeço pela compreensão de que estaríamos distantes por um período, mas que a residência viria a somar no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Me senti segura para partir por saber que ele estaria lá quando eu voltasse, me dando todo o apoio necessário e pronto para ouvir todos os desabafos.

Às minhas colegas – e amigas -, sou grata pela parceria que mantivemos ao longo desses dois anos. As trocas profissionais enriqueceram minha atuação profissional e trouxeram resultados às nossas ações conjuntas, mas foram os laços pessoais que criamos que tornaram o trabalho mais leve e me presentearam com amigas inesquecíveis.

Na pessoa da professora Graci, agradeço a cada pessoa que compartilhou um pouco do seu saber e experiência conosco a fim de agregar à nossa bagagem, nos oferecendo suporte profissional e emocional necessários. A paciência e a prestabilidade são admiráveis e abriram espaço para relações que vão além da relação aluno e professor.

Agradeço também minha coorientadora Sabrina, que também é uma inspiração como profissional e pessoa. Seu apoio e atenção foram essenciais na minha jornada e para me tornar mais segura na minha atuação. Será uma relação que levarei com muito carinho.

Aos usuários do nosso serviço, meu muito obrigada pela paciência em ouvir alguém que estava iniciando sua vida profissional e tinha mais a aprender do que a ensinar. O reconhecimento que, por vezes, não veio daqueles que mais esperávamos, veio através dos feedbacks de vocês, que fizeram cada atividade, cada orientação, cada sorriso valer a pena.

À Universidade Federal de Santa Maria, que me acolheu em mais uma formação, só tenho minha gratidão. Carregar o nome de uma Universidade tão acolhedora e de uma relevância tão grande para o cenário local e nacional é, para mim, motivo de orgulho. O ensino público e de qualidade que a UFSM oferece só me traz mais um motivo para retornar.

Ao Sistema Público de Saúde, que me possibilitou essa vivência única de aprender sobre gestão e atenção de qualidade, gratidão eterna. Pude ver e viver a importância do SUS na vida de tantas pessoas, mesmo diante de ataques financeiros e morais. O SUS é um organismo vivo e vive através de cada um de nós, que compreende a sua grandeza e pretendo mantê-lo vivo em mim, exercendo cada um dos seus princípios na prática da Nutrição.

RESUMO

IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS DETERMINANTES NA TOMADA DE DECISÕES DURANTE A INTRODUÇÃO ALIMENTAR

AUTORA: Bruna Oliveira Ungaratti
ORIENTADORA: Graciela Dutra Sehnem
COORIENTADORA: Sabrina Vieira da Silva

O presente trabalho objetivou identificar os principais determinantes nas decisões tomadas durante a Introdução Alimentar (IA) de crianças internadas no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Trata-se de pesquisa qualitativa, que incluiu pais ou responsáveis diretos de crianças de seis meses a três anos, internadas na Unidade Pediátrica do HUSM. Também foi considerada a história clínica da criança, disponível em prontuário eletrônico. A pesquisa observou os critérios éticos determinados pela Resolução nº 466 de 2012. Os questionamentos partiram de entrevista semiestruturada e os discursos passaram por análise de conteúdo. Posteriormente, os resultados foram agrupados em categorias. Foram inclusos quinze participantes, predominantemente mães, com baixa escolaridade e renda. Referente às crianças, oito apresentavam alguma patologia que requer acompanhamento. Os principais achados apontam que a alimentação gera preocupação com a saúde da criança. Além disso, os principais determinantes encontrados foram a influência da orientação dos profissionais de saúde, crenças pessoais e mitos, interferência de terceiros, informações da internet, consideração de particularidades da infância e desempenho de múltiplos papéis atribuídos à mulher. Os resultados vão de encontro com estudos já documentados, revelando que a experiência e conhecimentos prévios dos pais, características sociodemográficas e informações recebidas de diversas fontes incidem significativamente na IA. Conclui-se que a IA é um período de intensos aprendizados, que moldam hábitos alimentares e refletem na saúde do indivíduo. Portanto, é essencial que pais ou responsáveis recebam suporte através de informações e apoio necessários. Ressalta-se que os profissionais de saúde exercem papel fundamental na busca deste propósito.

Palavras-chave: Nutrição da Criança; Desenvolvimento Infantil; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

IDENTIFICATION OF THE KEY DETERMINANTS IN DECISION MAKING DURING FOOD INTRODUCTION

AUTHOR: Bruna Oliveira Ungaratti
ADVISOR: Graciela Dutra Sehnem
CO-ADVISOR: Sabrina Vieira da Silva

The present work aimed to identify the main determinants in the decisions taken during the Food Introduction of children hospitalized at the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). This is a qualitative research, which included parents or guardians of children aged between six months and three years, hospitalized in the Pediatric Unit of HUSM. The children's medical history, available in electronic medical records, were also considered. The research observed the ethical criteria determined by Resolution No. 466 of 2012. The questionings started from semi-structured interviews and the speeches underwent content analysis. Afterwards, the results were grouped into categories. Fifteen participants, predominantly mothers with low education and income, were included. Regarding the children, eight had pathologies that required follow-up. The main findings indicate that food generates concerns for the children's health. In addition, the main determinants found were the influence of the guidance of health professionals, personal beliefs and myths, interference from third parties, information from the internet, consideration of childhood particularities and the performance of multiple roles assigned to women. The results are in line with previously documented studies, revealing that parents' previous experience and knowledge, sociodemographic characteristics and information received from different sources significantly influence Food Introduction. It is concluded that the Food Introduction is an intense learning period, which shape eating habits and reflect on the individual's health. Therefore, it is essential that parents or guardians receive support through necessary information and assistance. It should be noted that health professionals play a fundamental role in the pursuit of this purpose.

Keywords: Child nutrition; Child development; Social Determinants of Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

GEP - Gerência de Ensino e Pesquisa

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

IA – Introdução Alimentar

LM – Leite Materno

OMS – Organização Mundial da Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 OBJETIVO GERAL.....	11
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
2 METODOLOGIA.....	12
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	12
2.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	12
2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	13
2.4 COLETA DE DADOS.....	13
2.5 ANÁLISE DE DADOS.....	14
2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	15
3 RESULTADOS.....	16
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	16
3.2 CATEGORIAS DE DETERMINANTES.....	17
4 DISCUSSÃO	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
APÊNDICE A - ENTREVISTA	51
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	56
ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM (CEP)	57
ANEXO B - APROVAÇÃO DA EMENDA AO PROJETO MATRICIAL PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM (CEP).....	58

1 INTRODUÇÃO

O período que ocorre entre a gestação e os dois primeiros anos de vida da criança, conhecido como os primeiros mil dias, são determinantes para o crescimento e desenvolvimento infantil. Além das condições individuais da criança, são os cuidados e o ambiente ao qual ela é exposta que poderão estimular ou prejudicar o alcance de seu potencial máximo. Desta forma, o meio em que esta criança está deve propiciar-lhe aprendizados inerentes ao período da forma mais diversa e saudável possível, envolvendo características motoras, sensoriais e emocionais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Todas as experiências vividas na infância poderão interferir na saúde da criança e terão reflexos durante a vida adulta. Tendo em vista a importância do desenvolvimento infantil para a sociedade, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaboraram um documento que apresenta um Modelo de Cuidados Integrais, que orienta os governos e a comunidade global sobre as ações necessárias para assegurar que cada criança atinja seu desenvolvimento pleno. Dentre os domínios elencados, destaca-se a nutrição infantil como um fundamento deste conjunto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A alimentação saudável é um direito social previsto na Constituição Federal, considerada um determinante e condicionante da saúde, tornando-se dever do Estado garanti-la. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição entende que a alimentação vai muito além da busca pela saciedade e do consumo de nutrientes. É uma prática que expressa as relações sociais, valores e a história do indivíduo e dos grupos populacionais, implicando direta e indiretamente na qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, o leite materno é o alimento padrão-ouro para a alimentação da criança nos primeiros anos de vida. Preconiza-se que o aleitamento materno seja oferecido de forma exclusiva até os seis meses de vida, sendo complementado a partir de então até os dois anos de idade ou mais. Seus benefícios vão desde a diminuição da morbimortalidade e o desenvolvimento global infantil, passando por vantagens à saúde materna, caracterizando-se ainda como uma prática sustentável ao meio ambiental e à sociedade (BRASIL, 2015).

Aos seis meses, apesar de o leite materno ser a principal fonte alimentar e nutricional da criança, deve-se iniciar com a oferta de alimentação complementar a

fim de complementá-lo e preparar a criança para mastigar, deglutir e digerir alimentos. A alimentação complementar, iniciada aos seis meses, conclui-se por volta dos 24 meses, quando a criança está apta a receber os mesmos alimentos que o restante da família. A oferta desses alimentos deve ocorrer em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas para cada fase do desenvolvimento infantil. É durante a introdução alimentar que a criança irá formar os hábitos alimentares que serão levados para o restante da vida. Portanto, a oferta adequada dos alimentos tem papel de promoção à saúde, evitando carências nutricionais e prevenindo doenças crônicas na vida adulta (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019).

Pensando em orientar profissionais da saúde, pais, responsáveis e a sociedade em geral sobre a introdução alimentar adequada, o Ministério da Saúde lançou o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos. O documento é fruto de uma ampla discussão entre profissionais da saúde, entidades governamentais e representantes da sociedade civil e busca trazer recomendações e informações sobre como alimentar a criança de forma a promover seu conhecimento e desenvolvimento e favorecer sua saúde. Ainda, é uma ferramenta de enfrentamento dos desafios cotidianos e dos agravos nutricionais coexistentes, sendo a desnutrição e o excesso de peso os mais alarmantes. Tais agravos são resultantes das transformações sociais ocorridas nas últimas décadas, que interferem nos padrões alimentares e nos hábitos de vida (BRASIL, 2019; BRASIL, 2013).

Souza e Cadete (2017), a partir de uma revisão bibliográfica, trazem que o convívio familiar é o principal ambiente alimentar da criança. É neste espaço onde os alimentos estão à disposição da criança. Além disso, é nele que a criança observa as relações com alimentação, seja das pessoas com o alimento, seja das pessoas entre si durante as refeições. A família é a principal norteadora da alimentação da criança e, portanto, os hábitos alimentares adotados na infância refletem a alimentação da família.

Contudo, apesar de se ter conhecimento dos principais aspectos sobre os quais deve se basear a Introdução Alimentar, muitos são os determinantes que podem interferir de maneira positiva ou negativa nesse processo. Dentre eles, destaca-se o nível socioeconômico da família, uma vez que a renda está diretamente ligada ao acesso aos alimentos (DALLAZEN, 2018).

Os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), apontam que a população adulta

brasileira apresenta um consumo elevado de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio, açúcares, gorduras e pobres em vitaminas, fibras e minerais. Conseqüentemente, a criança também está exposta a tais padrões, acentuando a preocupação com a introdução alimentar e suas conseqüências para a saúde do ponto de vista nutricional. Jaime, Prado e Malta (2017) exemplificam essa relação em seu estudo a nível nacional, o qual evidenciou uma forte influência do consumo de bebidas açucaradas por adultos em crianças menores de dois anos.

O consumo de ultraprocessados deve ter uma atenção especial na infância. O açúcar deve ser evitado até os dois anos da criança, devido seu potencial cariogênico e a sua relação direta com a obesidade infantil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). Para isto, o Ministério da Saúde tem investido em programas que promovem o aleitamento materno e a alimentação saudável da criança, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2013b).

Porém, o que mostram os estudos, como o de Oliveira et al. (2017), é que alimentos como doces, biscoitos industrializados, macarrão instantâneo e refrigerantes passam a fazer parte do cotidiano da maioria das crianças muito antes dos dois anos. Giesta et al (2019), ao analisar o aumento em escalada do consumo de alimentos ultraprocessados ocorrido nos últimos anos, destacam que este aumento foi ainda maior nos grupos de baixa renda. Justifica-se o alto consumo dos ultraprocessados pela sua maior durabilidade, praticidade de consumo, a hiperpalatabilidade que oferecem, o forte investimento em publicidade relacionada ao seu comércio (principalmente direcionada ao público infantil) e baixo custo requerido, aliado à saciedade decorrente do alto conteúdo de gorduras e açúcares.

Num cenário onde as mulheres ainda são as principais responsáveis pela preparação das refeições e demais cuidados da criança, quando a mãe não está presente, a criança fica mais suscetível à exposição de alimentos pré-preparados e ultraprocessados, devido a praticidade do consumo, o que caracteriza más escolhas alimentares (LOPES et al., 2020). Outras características maternas mostram associação com a introdução alimentar. Destacam-se a renda, a idade materna, a escolaridade e a multiparidade (GUIMARÃES, 2018). No que diz respeito à escolaridade materna, Sotero et al. (2015) compreendem que o maior acesso à informação entre mães com maior escolaridade e poder socioeconômico sensibiliza quanto à importância de uma alimentação saudável.

Outros motivos pelos quais as mães oferecem alimentação complementar precocemente são baseados em suas próprias experiências ou crenças, ou seja, por acreditarem que o tempo é oportuno ou que somente o LM não é suficiente. Rosa e Delgado (2017) encontraram resultados em sua pesquisa com puérperas em um alojamento conjunto. No estudo, muitas mães referiram acreditar que a idade adequada para a introdução alimentar seriam os quatro meses, afirmando que o LM precisaria ser complementado a partir desse período.

Além da qualidade nutricional dos alimentos consumidos, o período no qual a introdução alimentar ocorre é um ponto a ser considerado. A introdução alimentar antes dos seis meses de idade é contraindicada por limitar os benefícios do aleitamento materno e aumentar os riscos de infecção. Os alimentos mais comumente introduzidos de maneira precoce são os líquidos, geralmente relacionados a alguma crença popular, já que são erroneamente vistos como complementares ao leite materno e necessários à hidratação da criança (SCHINCAGLIA et al., 2015).

A prática é observada especialmente em regiões mais quentes do país, como o Sudeste e o Nordeste, principalmente em períodos de temperaturas mais elevadas. Por este motivo, muitas mães acabam oferecendo água à criança. Contudo, sabe-se que o leite materno é constituído, em sua maior parte, por água, sendo ele suficiente para a hidratação até os seis meses de vida. Há também o uso popular de chás com finalidade medicinal, o que induz ao seu uso desde o primeiro mês de vida de maneira ampla, como no tratamento da cólica. Contudo, a oferta de outros líquidos além do leite materno nos primeiros seis meses de vida pode levar à plenitude gástrica não nutritiva, reduzindo a ingestão do leite materno e gerando um déficit calórico, implicando até mesmo no desmame precoce (LOPES et al., 2018; SCHINCAGLIA et al., 2015).

O início da alimentação complementar precoce representa inúmeros riscos à saúde. A imaturidade fisiológica da criança pode ocasionar engasgos ou outras disfunções mecânicas na digestão. O contato de certos alimentos com o organismo imaturo também é capaz de desencadear processos alérgicos e interferir na absorção de nutrientes do leite materno, bem como é um meio potencial de contaminação. Em contrapartida, a introdução alimentar tardia não é indicada, uma vez que o leite materno não supre a totalidade das necessidades nutricionais da criança a partir dos seis meses, prejudicando seu desenvolvimento e crescimento adequados (LOPES et al., 2018).

A consistência dos alimentos ofertados também é um ponto a ser observado. Em cada fase da introdução alimentar, a consistência precisa estar adequada à capacidade da criança de mastigar, movimentar o alimento na boca e deglutir. Assim, indica-se que a alimentação complementar parta de alimentos bem amassados, evoluindo gradualmente até alcançar a consistência do restante da família no primeiro ano de vida. Todavia, a inadequação da consistência é comumente observada, principalmente pelo uso de liquidificadores, processadores e peneiras, que acabam por alterar a consistência natural do alimento e distorcer o reconhecimento da sua textura pela criança e reduzir a densidade energética do alimento (BALDISSERA, 2016).

Tendo em vista a importância de adotar uma alimentação complementar saudável, frente a todos os desafios que a mesma apresenta, é importante conhecer quais são os principais determinantes nas escolhas feitas nesse período, a fim de auxiliar os pais e responsáveis pela criança com suas dificuldades. Genio et al. (2020) reforça que cabe aos profissionais de saúde estarem preparados para oferecer suporte às famílias e aos órgãos governamentais possibilitarem a qualificação destes profissionais, oportunizando que as crianças recebam a alimentação mais adequada a suas características individuais e permitindo que elas atinjam seu potencial de crescimento e desenvolvimento, trazendo benefícios à criança e a todo o meio no qual ela está inserida.

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os principais determinantes nas decisões tomadas durante a introdução alimentar de crianças entre 6 meses e 3 anos.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender a motivação da introdução alimentar ter ocorrido naquele período de vida das crianças;
- Compreender as razões pelas quais determinados alimentos foram ou não utilizados na introdução alimentar;
- Analisar a qualidade (variedade) da alimentação à qual a criança foi exposta em sua introdução alimentar;

- Identificar fatores que podem ter contribuído ou prejudicado a aceitação da IA;

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A abordagem definida para a realização desse estudo foi do tipo qualitativa, por corresponder ao significado das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas. Na pesquisa qualitativa, a ênfase está na compreensão e análise da dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 2014).

Este estudo trata-se de um dos objetivos do projeto matricial intitulado: “Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança”., previamente aprovado pelas devidas instâncias.

2.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo ocorreu no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), instituição pública de grande porte e de alta complexidade. O hospital está em funcionamento há mais de 30 anos, sendo referência no atendimento de urgência e emergência para 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, abrangendo uma população de 1,2 milhões de habitantes. Atualmente, oferece 403 leitos de internação. A instituição está vinculada à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo considerado um hospital-escola, com sua organização voltada para uma assistência em saúde que fomenta o desenvolvimento do ensino, da pesquisa, da extensão e da formação profissional qualificada. Ademais, integra o campo para a formação de alunos de 15 cursos de graduação da UFSM e da Residência Médica e Residência Multiprofissional, na modalidade de pós-graduação (HUSM, 2019).

Como campo de coleta de dados, a pesquisa foi realizada na Unidade de Internação Pediátrica do HUSM, a qual dispõe de 24 leitos, os quais recebem pacientes de toda a região, oferecendo serviços de média e alta complexidade. A seleção dos participantes se deu por meio dos prontuários dos pacientes internados.

2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram familiares ou responsáveis legais por crianças de 0 a 3 anos de idade, as quais estavam passando ou passaram pela etapa de introdução alimentar.

Critérios de Inclusão: familiares ou responsáveis legais de crianças internadas, seja por quadros clínicos transitórios ou por patologias crônicas, que estivessem passando ou passaram pela etapa de introdução alimentar, independente da forma de aleitamento empregada e que tenham 18 anos ou mais.

Critérios de Exclusão: familiares ou responsáveis legais de crianças que não acompanharam o processo de introdução alimentar e que, portanto, não dispunham de informações fidedignas e/ou relevantes para a pesquisa. Também foram excluídas crianças que recebem terapia nutricional exclusiva (sondas enterais, gastrostomia ou alimentação parenteral) ou que recebessem alimentos por via oral somente para estímulo e que, portanto, não fosse considerada uma via de alimentação nutritiva.

Os participantes foram localizados pelos prontuários eletrônicos dos pacientes internados. Em seguida, foi realizado o contato com o acompanhante do paciente na internação, durante os atendimentos de rotina da Nutrição na Unidade.

2.4 COLETA DE DADOS

Foi aplicada a técnica de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), durante os atendimentos de rotina da nutricionista residente na Unidade, os quais são realizados com todos os pacientes da internação, na Unidade Pediátrica, dentro das primeiras 48 horas de entrada no serviço. As entrevistas foram gravadas em celular, diante da concordância e ciência dos participantes e, posteriormente, foram transcritas pela entrevistadora. O período de coletas se estendeu de setembro a novembro de 2021.

A entrevista é uma forma de interação social baseada no diálogo, dentro do qual o entrevistador busca do entrevistado informações que atendam seu objetivo de estudo (LOZADA & NUNES, 2019). Para a pesquisa qualitativa, as entrevistas são vistas como a melhor alternativa quando se busca compreender a perspectiva do participante, permitindo que o pesquisador tenha uma descrição de um grupo social sob a óptica de determinado tema (OLTMANN, 2016).

A entrevista semiestruturada é construída por perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto, sem que haja interferência ou indução de respostas por parte do pesquisador. Além disso, fica a critério do entrevistador a necessidade de aplicar todas as questões contidas no seu questionário. Conforme Vieira (2017), o referido modelo de entrevista constitui-se como um conjunto de perguntas flexíveis, desenhadas de acordo com um ou mais temas de interesse da pesquisa.

A aplicação de entrevistas face a face com o entrevistado, apesar de exigir de tempo e disponibilidade de ambas as partes, permite captar detalhes que podem ser de extrema relevância para a pesquisa, que podem ser expressos através de gestos, olhares ou outras expressões corporais. Ainda, o contato pessoal com o participante facilita a aproximação com o mesmo, facilitando o diálogo e deixando o entrevistado mais aberto às perguntas (LOZADA & NUNES, 2019).

Para o encerramento da entrevista, foi avaliada a intensidade, abrangência e a diversidade das informações coletadas para alcançar o objetivo proposto da pesquisa, bem como o possível esgotamento das informações transmitidas (MINAYO, 2017).

2.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados é a etapa na qual todos os dados coletados se convertem em informação. Após a organização destas informações, é possível articulá-las ao contexto em que foram captadas para, de forma geral, responder aos questionamentos e hipóteses levantados no início da pesquisa (LOZADA & NUNES, 2019).

Para Matias-Pereira (2019), a análise e interpretação dos dados permitem que o pesquisador siga para a escrita dos resultados pois, nesse momento, estão reunidas a abordagem teórica e a investigação de campo.

Creswell (2010) apresenta uma proposta de fases a serem percorridas na análise de dados, afirmando que as mesmas podem ocorrer de forma alternativa e/ou simultânea, sem requerer uma linearidade no seu transcorrer. O autor sugere organizar os dados para a análise, o que corresponde a transcrever as informações coletadas dos instrumentos e organizá-las por tipo de dado; ler as informações coletadas e refletir sobre o seu significado universal, verificando que ideias gerais foram obtidas na coleta de dados; codificar os dados, organizando as informações de

maneira a lhes atribuir significado; gerar, a partir da codificação dos dados, uma descrição geral dos componentes integrantes da pesquisa, como o local, o público, etc; informar como a descrição e o tema serão apresentados na escrita dos resultados; partir para a interpretação e extrair o significado dos dados encontrados.

Assim, após a análise do conteúdo das entrevistas, as respostas foram agrupadas por similaridade, permitindo formar categorias de fatores relevantes à pesquisa.

Como referencial teórico das orientações para a IA, utilizou-se do Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar, publicado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2018).

2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Ao decorrer da pesquisa, foram preservados os direitos dos participantes de acordo com as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa zelou pelos preceitos éticos dispostos na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas (BRASIL, 2016). Além disso, foram seguidas as recomendações da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 que dispõe sobre normas e diretrizes para a execução de pesquisa em instituições que compõe o SUS (BRASIL, 2018).

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria (GEP/HUSM), bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP), por meio da Plataforma Brasil Online (ANEXO A), recebendo o número de identificação do CAAE de 36765920.7.0000.5346. A emenda do projeto, referente aos objetivos específicos desta pesquisa, também foi apreciada nas devidas instâncias e devidamente aprovada (ANEXO B).

Reforça-se que a coleta de dados se iniciou somente após aprovação das instâncias supracitadas. As questões éticas foram observadas desde o primeiro contato com os participantes, sendo documentados e registrados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), enfatizando os

objetivos da pesquisa, detalhes da participação, preceitos éticos e os direitos dos participantes envolvidos na entrevista. Após a leitura deste documento, os participantes o assinaram em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador e a outra sendo entregue para o entrevistado. O TCLE informa aos participantes sobre a liberdade de participação voluntária e do direito de desistência, em qualquer momento da pesquisa, atitude que não lhe implicar em qualquer prejuízo.

Os benefícios do estudo estão relacionados à qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança no município de Santa Maria/RS e região, por meio da promoção e proteção da saúde deste público. Dentre os benefícios indiretos, estão as produções científicas acerca do tema para a construção do conhecimento. Os possíveis riscos referem-se a algum constrangimento ao qual os participantes pudessem sentir-se expostos ao responder a entrevista. Na ocorrência de algum evento desfavorável desta espécie, foi decidido que a pesquisadora suspenderia a coleta de dados e conversaria com o participante do estudo, ouvindo suas ansiedades e angústias frente ao motivo que deflagrou o constrangimento e, se fosse de sua vontade, seria reagendada e retomada esta etapa conforme preferência e disposição do participante. Além disso, enfatizou-se a possibilidade de desistência da participação no estudo a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Ademais, foi esclarecido que as informações desta pesquisa são de uso exclusivamente científico e os dados obtidos ficarão sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora responsável, Professora Doutora Graciela Dutra Sehnem, pelo período de 5 anos. Após este prazo, o material será destruído.

Por fim, foi enfatizado o direito de privacidade dos participantes do estudo e de não serem expostos publicamente com qualquer tipo de identificação pessoal durante a pesquisa e a publicações dos resultados, sendo confidencial sua identidade. Assim, também foi assinado o Termo de Confidencialidade dos Dados (APÊNDICE C) pela pesquisadora responsável. Destaca-se que os termos éticos foram elaborados de acordo com os preceitos da resolução supracitada.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa contou com a participação de 15 indivíduos, sendo 14 mulheres e um homem, mães e pai da criança, respectivamente. A idade dos participantes variou de 20 a 41 anos. Percebeu-se que a população tinha, predominantemente, uma baixa escolaridade, havendo somente três participantes com ensino superior completo. No quesito emprego, a maior parte dos indivíduos relataram não ter qualquer vínculo empregatício. Predominou a faixa de renda familiar entre um a três salários mínimos.

A maioria das crianças veio de gestações não planejadas, sendo que oito das mães passaram por uma Gestação de Alto Risco, relacionada à alguma comorbidade. Sobre as crianças filhas dos entrevistados, sete eram meninos e oito eram meninas, com idades entre sete meses e dois anos e onze meses. Seis delas nasceram de partos prematuros. O número de irmãos das crianças esteve entre zero e sete. Três delas apresentavam algum grau de Transtorno do Espectro Autista, prevalecendo o atraso na comunicação. No tangente às condições clínicas prévias à internação, oito crianças apresentavam algum tipo de patologia crônica que exigia acompanhamento profissional. Sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor, foram identificados atrasos em dois pacientes, com maior incidência no âmbito motor.

3.2 CATEGORIAS DE DETERMINANTES

- **Alimentação e preocupação com a saúde da criança**

No discurso dos participantes, ficou evidente que a alimentação da criança levava em consideração a concepção e preocupação dos pais com a saúde. A forma de produção dos alimentos e a sua composição pareceu ser um determinante importante na decisão de ofertar ou não determinados alimentos.

Evito de dar essas coisas assim, mais industrializadas, tipo refri, suco artificial. Não é sempre que eu dou, só em últimos casos. Salgadinho eu evito de dar, não é sempre que eu dou porque eu acho muito... muito conservante, coisas assim. (P6)

A batata inglesa e o tomate são as coisas que mais tem veneno, né? Então, se a gente procura dar mais coisas saudáveis e já tem veneno, imagina essas outras que são só de saquinho? (P7)

Eu acho que pra ele eu não deveria ter dado iogurte, mas já dei, porque é a mesma comida que ela [irmã] come. Aquele vermelhinho eu acho que é mais concentrado de corante, eu imagino. O de morango é tão rosadinho. (P7)

Eu não quis dar Danoninho pra ela por medo, diz que eles são fermentados. (P8)

As frutas que ela come são lá do nosso pátio, nós cultivamos lá. Tirou do pé e dá. Não tem veneno, não é comprado no mercado, não tem nada. (P11)

Nunca ofereci iogurte e Danoninho para ela. Eu sou bem neurótica. Eu li que os espessantes que são usados na fabricação aumentam muito o risco de a criança ter enterocolite. (P15)

Outra preocupação evidenciada foi referente ao ganho de peso a criança:

A minha irmã que começou a dar chocolate pra ele. Isso que ela trabalha num hospital, daí eu disse que se eles ficassem gordinhos, ia ser culpa dela. (P6)

Eu me preocupo pela saúde. Agora, por exemplo, com o tal COVID, com as pessoas acima do peso, ele foi mais cruel. (P10)

Meu outro guri, ele tem um problema. Ele sempre foi muito gordinho, por causa dos avós que moram do lado. A gente vive numa briga por causa da saúde dele. [...] refrigerante, salgadinho, bife empanado, salsichão... é isso o que ele come e não é por falta de dizer que isso não faz bem pra saúde. [...] com ele eu não consegui segurar, mas ela, que é mais minha, que eu estou mais presente com ela, eu vou segurar. [...] não vai provar porcaria tão cedo.” (P11)

Geralmente se entra com seis meses [IA]. Antigamente se entrava com quatro, mas como ele já era grande e gordo, eu fui evitando, empurrando até os seis meses. (P12)

Se eles comem essas coisas [industrializados], depois eles ficam gordinhos e vão sofrer bullying na escola. (P14)

Na fala anterior (P14), percebe-se que a experiência prévia com outros filhos influenciou a forma como a alimentação da criança é ofertada atualmente.

Este fator também foi notado em outras situações, nas quais os pais relataram certa dificuldade com o manejo da alimentação de outras crianças, o que serviu de motivação ou experiência para fazer a IA de forma diferente.

Eu sempre procuro ter alguma coisa pra oferecer fora do horário que ele goste, pra não ficar só na mamadeira, porque o meu mais velho, de tanto tomar leite, que ele é chato pra comer, deu uma anemia bem forte nele. Acharam que ia ter que fazer uma transfusão de sangue nele. Aí eu comecei a me preocupar, começar a fazer diferente com eles, fazer eles comerem, para não ter problema como o outro teve. (P6)

Eu tive meu outro com 21 anos e com 21 anos, tu quer o mundo, tu quer tudo. [...] eu não tinha o olhar que eu tenho pra ela hoje, eu não tive. (P10)

Minha menina é bem gordinha, aí o posto nos encaminhou para o PIM [Primeira Infância Melhor] e eles têm nutricionista que vai na casa da gente. Como eu já tinha os papéis, as receitinhas que ela me deu pra minha menina, eu já sabia as coisas, aí fui fazendo com ele igual ela tinha dito pra fazer com a minha guriuzinha. (P14)

Alguns alimentos foram considerados inadequados para a criança e, por isso, os pais evitaram de oferecê-los.

Refrigerante não presta, né? É ruim pra saúde, até pra nossa. É um vício, na verdade. Prefiro não dar pra ela, por enquanto pelo menos. (P4)

Bolacha eu só dei quando eles estavam um pouco maiorzinhos, aí eu comecei a dar, por causa do doce. (P6)

Refrigerante eu não dou, ela já é mais fraquinha e isso aí enfraquece mais os ossos. (P8)

Ovo eu não dei pra ele. É que eu não sei se dá pra dar, eu acho forte demais, não sei. (P9)

A comida dele é a mesma que a nossa, só que com bem pouquinho sal, porque ele não gosta de muito sal e diz que faz mal. (P9)

Até um ano e três meses, por aí, eu não dava sal pra ela, então a comida dela era separa nesse sentido. Cozinhava feijão sem sal, separava, dava pra ela, fazia a comida dela separado. Daí agora como ela já come a mesma que nós, fica mais fácil. Só quando eu faço, assim, uma coisa que vai calabresa, ou alguma coisa mais forte, aí eu faço separado pra ela, essas coisas assim eu não dou pra ela. (P10)

No Dia das Crianças, minha guria deu um pouquinho de chocolate pra ela, aí eu briguei com ela e disse que não era pra dar chocolate porque chocolate é muito forte, faz mal, aí ela não comeu mais. (P13)

A intenção de oferecer uma alimentação adequada à criança também gerou mudanças de hábito no restante da família:

Minha guriuzinha adora ovo frito, ama ovo frito. Mas eu digo pra ela que não é muito bom comer fritura. Eu digo: 'vamos fazer igual

o ovo do mano, o mano não pode comer fritura. Ela sempre aceita. (P7)

Eu sempre usei muito caldo Knorr e essas coisas, aí agora, por causa dela, eu cortei. (P10)

Para ofertar alimentos que consideravam saudáveis, as mães destacaram esforços e o uso de alternativas para que a criança os consumisse.

Salada ele não gosta muito. Às vezes, eu coloco escondido no meio da colher, boto por cima. Aí ele come, se não, não. (P1)

As frutas que eu estou pensando com ele. Quando começar a esquentar, tem que fazer uns sucos de fruta pra ele. (P6)

Um dia eu não tinha leite [fórmula infantil] e fui dar o mamá para ele da caixinha [leite de vaca]. Ele tomou de manhã. Quando foi de tarde, eu dei outra. Ele fez um cocozinho cheio de raiazinhas de sangue. Eu disse pra ele [marido]: dá um jeito, tira no cartão, dá um jeito, porque eu não vou mais dar [leite de vaca]'. Eu tenho muito medo de infecção intestinal, muito medo. (P7)

Porém, uma fala em específico relevou o quão extremas essas alternativas podem ser, tornando o ato de comer algo impositivo e estressante.

Às vezes, a gente é meio chato. Eu digo: 'tu vai comer o que tem no prato e pronto'. Se dizem: 'não quero comer feijão', eu digo: 'tu vai comer feijão'. Eu digo para a mãe: 'se eu tiver que dar um tapinha na bunda para comer, eu faço, porque depois vai ser ruim pra ela.' (P6)

- **A influência dos profissionais de saúde na IA**

O acompanhamento e as orientações de profissionais da saúde foram fatores significativos na Introdução Alimentar. Na maioria dos casos, essa influência foi positiva, tanto quanto ao período de início da IA quanto no seguimento da mesma

Lá no começo, a pediatra falou que era pra esmagar bem as coisas pra dar pra ele. Ela falou pra mim que não gostava muito que batesse, que tinha muitas mães que batiam no liquidificador, ela disse que a criança tem que sentir as coisas, ela disse que batido no liquidificador ele não identifica qual é qual. (P1)

O leite fez muito mal pra ela, o leite de caixinha. Ela ficava com diarreia doze, quatorze dias direto por causa do leite. Eu demorei para prestar atenção nisso, sabe? [...] aí a doutora começou a me dizer: 'mãezinha, é do leite, é o leite que tu tá dando pra ela, esse leite não dá', daí realmente eu troquei o leite. A doutora me deu o Aptamil primeiro, eu dei pra ela, dei até um ano, daí depois eu troquei pelo NAN quando ela fez um ano. Perguntei pra doutora, levei, perguntei se dava pra trocar pelo NAN que era mais barato, né? [...] com um ano eu levei ela e perguntei pra doutora se dava pra trocar pelo Ninho, que era em pó também, mas era mais barato, e daí a doutora disse que dava pra eu experimentar. (P5)

Até os sete meses, eu só dei fórmula para ela, aí eu fui numa consulta médica e disseram que eu já podia dar comida. Me deram uma lista com informação e do que ela podia comer. (P8)

Ela está acompanhando com a fono, por causa da recusa alimentar. Foi muito difícil desde o início, mas eu tive sorte de ter os profissionais que nos acompanharam. No começo, eu não acreditava que fosse dar certo, eu desconfiava. Mas aos pouquinhos, ela foi aceitando melhor. (P15)

Contudo, houve falas que trouxeram informações errôneas transmitidas pelos profissionais da saúde referentes ao momento em que a IA deveria ocorrer, baseadas em mitos sobre alimentação da criança.

Ele começou a comer fruta e essas coisas, foi com cinco meses. A enfermeira mandou por causa que, como eu conciliava tanto a

mamadeira quanto o peito, ela disse: ‘vamos começar com cinco meses para nós vermos. (P9)

Eu estava com um problema que meu peito parecia que não estava sendo suficiente, aí o pediatra orientou que se eu quisesse, eu podia começar a introdução dela com quatro meses. (P11)

Além disso, foram mencionadas falas com informações equivocadas ou que representam um risco para a alimentação da criança

No último dia que ele foi na consulta, ele estava um pouquinho acima do peso, só que ela [enfermeira] pegou e disse bem assim: ‘vou fazer de conta que eu não vi, que eu não sei qual é o peso dele. (P9)

De tudo o que eu oferecia, ela só queria a laranja. Um dia, ela teve vômito, do nada, e a gente levou ela no médico. Ele xingou, o médico brigou, falou que até um ano não se dava laranja pra criança por causa do ácido. Ele é um clínico geral. (P11)

Já dei achocolatado. Depois que as gurias [profissionais] liberaram que eu podia dar coisas assim, eu dei umas duas ou três vezes já. (P12)

Em algumas situações, pôde-se identificar as dificuldades sentidas pelos pais quando não houve acompanhamento profissional durante a IA.

Eu gostaria de ter tido acompanhamento desde o início dela, com o pediatra, até para ir... ela perdeu peso, né? acho que ela não teria perdido tanto peso se nós tivéssemos procurado antes. Na verdade, eu procurei antes, no UPA, eu procurei antes o serviço de atendimento pra saber o que eram esses vômitos, mas sempre falaram que era refluxo. Se eu tivesse tido acompanhamento com pediatra, acho que ele iria encaminhar ela pra algum lugar. (P4)

- **Influência da história clínica da criança na IA**

Nas falas dos participantes, destacou-se que a história clínica prévia da criança exerceu grande influência na alimentação e nas decisões que foram tomadas. Um ponto importante foi referente ao desmame precoce ocorrido entre aquelas crianças que permaneceram algum tempo internadas em UTI Neonatal, embora fosse a intenção das mães amamentar.

Mamou muito pouco. Não aceitou. Eu acho que foi uns três meses, se eu não me engano. Bem difícil assim. Mas não porque não tinha, porque como elas foram pra Neonatal, elas já acostumaram com mamadeira. Mesmo com aquele extensor, aquela coisa, não sei o nome [bico de silicone], mas foi bem difícil. Não teve como, usaram fórmula. (P3)

Ficou muito pouco tempo no peito. Tentei, mas no peito foi pouco tempo. Acho que foi um mês e pouco, por aí mais ou menos. O tempo que eu fiquei no hospital, eu tirava e levava leite pra eles tomarem, mas em casa depois, eu consegui dar muito pouco. Depois, foi só na mamadeira. (P6)

Ela foi amamentada até uns 20 dias. Ela ficou na UTI, daí eu não consegui. Depois, ela não queria mais. Até comprei aquele ... aquele adaptador, sabe? O bico de silicone. Um pouco ela pegava, um pouco não. Desde aqui eles começaram a dar essa fórmula e foi pra casa tomando a fórmula e seguiu. (P13)

Eu até tentei amamentar, mas como ela ficou muito tempo internada na UTI Neo, precisou usar sonda, ela não conseguia pegar o peito e acabou não dando certo, mamou só uns dias. (P15)

Dentre as crianças com alguma doença prévia/crônica, foi possível perceber que a preocupação das mães se acentuou no manejo da alimentação.

Ela [irmã] começou a comer um pouquinho antes de 6 meses. [...] Só que ele, eu esperei o médico, porque ele tem um monte de problema, então eu pensei: 'vou esperar, ele tem esse monte de problema, vai que dá alguma coisa eu vou me culpar depois.' [...] Eles [familiares] comparam minha outra guria com ele. Eu digo: 'mas ele é doentinho, a outra não tinha nada. (P1)

Eu tinha muito medo de dar comida para ele, por causa do rim. Muito por causa do sódio, essas coisas, eu sempre tive meio que um tabu, sabe? (P7)

Ela ainda está tomando a fórmula. Uma vez, os médicos falaram que ela tem que tomar até os dois anos. Então, vamos dar essa, porque é melhor pra ela. (P13)

Em outra entrevista, identificou-se que a condição clínica da criança acabou por induzir à introdução precoce de açúcares e doces, por se tratar de um caso de hipoglicemia cetótica.

Eu dava leite puro, mas com a função da glicose, a gente começou a botar o açúcar agora, aí vai leite com açúcar. [...] Usava bem pouquinho, só que agora vou começar a colocar mais. [...] Doce, que nem a gente faz fim de semana, torta de bolacha, pudim, essas coisas aí que eu fazia e não dava pra ele, agora eu faço e dou. Cremesinho de leite, coisinha assim que eu fazia e não dava, agora eu faço e dou. É uma exceção, espero que seja por enquanto. (P12)

- **Crenças pessoais e mitos acerca da alimentação**

Muitos mitos amplamente perpetuados e concepções pessoais sobre alimentação, apareceram na fala dos pais.

Ele não é muito de folhas. Até porque, ele não tem dente, será que é por isso? Não sei, mas ele não é muito de verdura, de salada, essas coisas. (P1)

É que eu não sou muito de ar arroz para bebê assim, porque eu acho que arroz não tem vitamina. [...] Eu nunca dei a batata sozinha porque a minha mãe fala que batata fermenta muito, eu até hoje não dei batata pura pra ele, assim, só a batata. [...] Outra coisa que eu tenho pavor, é do tal de Nissin [macarrão instantâneo]. Diz que tem uma cera que, com o tempo, a criança comendo demais, diz que ela não sai da barriguinha deles. Daí eu não dou pra eles. Massa também eu nunca dei pra ele, nunca dei massa. (P7)

Carne eu não dei ainda. Eu boto na comida pra dar o gosto, mas ainda não dei. A carne é mais 'massenta'. Na verdade, a carne não acrescenta em nada, só para fazer bolo na barriga da gente, para pesar nos intestinos. Todo mundo gosta, mas é mais ou menos isso. Pega uma carne ali, mastiga e cospe pra tu ver se não é uma massa, uma coisa. (P12)

Uma coisa que eu ia começar a fazer pra eles, que disseram que faz bem, é o suco de gelatina. Diz que faz muito bem, mas eu não dei ainda, não sei. (P14)

Uma preocupação bastante frequente, baseada em interpretações pessoais dos pais, foi a de que a oferta de certos alimentos ou determinadas texturas poderia ocasionar engasgos na criança.

Eu tenho medo porque ele não tem dente, aí eu ainda dou uma esmagada, tenho medo que ele se afogue. O arroz é fácil de se afogar, trancar na garganta. (P1)

Salada eu nunca dei pra ela. Até perguntei se eu podia, comentei com a doutora que eu tinha medo de dar pra ela, medo de que ela se engasgasse com a alface. Mas ela falou: 'dá pra ela, ela não vai se engasgar'. (P4)

Feijão é só o caldo. É que eu tenho medo da casca, de grudar, sei lá. Daí eu não dou. [...] eu tenho medo de dar pra ele e ele se engasgar com o arroz puro ou alguma coisa assim, aí eu misturo [no caldo de feijão]. (P9)

Eu senti um pouquinho de receio de dar [carne] pra ela, pra não engasgar. Mas ela gosta de carne, de churrasco. Ela pega o pedaço grande e chupa. (P11)

Eu só dei bolacha pra ela mais recentemente, eu tenho medo de ela engasgar. [...] sempre sou eu que ofereço a comidinha pra ela, tenho medo de ela comer volume demais e se afogar. (P15)

- **Influências de terceiros nas decisões da IA**

Ficou claro que os entrevistados foram influenciados em algum nível por outras pessoas em suas escolhas na IA, com destaque para o poder de influência dos avós. Observa-se que as escolhas feitas pelos pais foi motivo de conflito para a família em certas situações.

Fez dois meses agora, segunda, que meu pai faleceu. Meu pai morava com nós. O pai levantava e o pai não tomava café. O café do pai era esquentar uma comida e comer. Ele fritava uma carne, era comida o café dele. O pai levantava e ela já estava acordada, ela enxergava o vô e era 'papá, papá, papá', e já ia lá dar umas duas, três colherada com o pai. Então, às vezes, eu acho que ela sente falta. [...] o pai ia comer e ela ia comer junto com o pai, sempre parceira. (P5)

Todo mundo sabe que eu sou enjoada. Então, quando ela vai para a minha vizinha, minha vizinha já sabe: não pode dar nada com açúcar. Se o pessoal aceita, eu não sei. Acho que se acostumaram, mas não aceitaram. Principalmente a dinda, que a dinda é aquela da bolacha maisena: 'ah, uma bolachinha não faz mal'. Então assim, aceitam, não é que concordam. (P10)

Mas eles [avós] não entendem, eles são daqueles que acham que estão dando amor com a comida, só que é em excesso. A gente explica, mas não adianta. Eles são pais do meu marido, então eu não tenho muito o que falar. [...] eles são de querer mimar com a comida, né marido? Esses vós são os estraga netos. (P11)

A fala de familiares incidiu, inclusive, na amamentação.

Ele nasceu muito esfomeado, aí ele mamava e cansava, no peito. Demorava e não enchia ele. No hospital, fizeram eu sair dando mamá [fórmula infantil] para ele porque, senão, ele não ia sair. Aí, a minha sogra começou a dizer: ‘ela tem leite fraco’ e coisa e começou a buzinar nos meus ouvidos e eu comecei a dar mamadeira. Aí meu leite secou. Não sei o que aconteceu, eu fiquei muito nervosa, comecei a me estressar com a minha sogra, porque ela que me cuidou e daí acho que quis me dar alguma coisa e o leite secou. [...] eu até apertava pra sair, escondido, quando ela não estava, e daí eu tentava dar para ver se ele não pegava. [...] e tem a mente das pessoas mais de antigamente, de fora, que dizem: ‘ah, o leite da mãe é fraco, tem que dar mais’.
(P7)

Quando eu fiquei internada em Março, minha mãe queria que eu tirasse do peito: ‘como é que vai dar mamá fraca?’. [...] mas ninguém estava podendo desmamar essa criança. ‘Tá na hora’, a vó e a bisa falando. (P10)

Em vários depoimentos, esteve presente a afirmação de que outras pessoas ofereceram alimentos considerados não saudáveis pelos pais, os quais a criança ainda não havia consumido.

Minha guriuzinha, a mãe começou a dar chá doce. Depois, eu dava o leite e ela botava fora, não queria. Tinha que botar um pouquinho [de açúcar], nem que fosse um pouquinho, daí ela tomava. (P1)

Por mim, eu não dava refrigerante. O problema é que um dia, a gente foi num lugar, numa casa que a gente foi e inventaram de dar e ela achou bom. (P6)

O que eu não queria que acontecesse com ele, que eu também acho muito difícil: eles [familiares] deram salgadinho depois de um ano. Eu fiquei muito triste porque, até então, até um ano, eles não sabem nada de gosto. Quanto mais ela não descobrisse, pra mim, era melhor. (P7)

A tia dela deu [suco industrializado] um dia, dizendo que não tinha açúcar. Não falei nada, para a gente também não criar confusão com a família inteira. Ela ficou um dia lá à noite e a dinda deu a comida e depois deu um suquinho de fruta, aquelas caixinhas. Elas compram escrito 'sem açúcar', mas a gente sabe que tem. Elas acham que estão fazendo certo. (P10)

Ela [avó] não aceitava eu fazer comida sem sal para a A. ela dizia que não sustentava, que é o sal que sustenta. [...] ela dizia assim: 'quando eu for para aí, eu vou dar comida com sal para a A.'. Foi uma luta. Só que o pai dela nunca me desrespeitou nesse sentido, nunca passou por cima de mim. A minha sogra também não, mas minha sogra é mais nova, ela é técnica em enfermagem, é uma outra cabeça. Mas o restante, todo mundo, por causa do sal, por causas do biscoito, da bolacha... todo mundo. Mas é o que eu digo, o que eu conseguir segurar, eu vou segurar do doce (P10)

O pai dele não mora com nós. Eu já passei tudo direitinho pra ele, já falei o que ele pode comer, mas ele faz o que ele quer. Estava dando até farinha láctea, gelatina, essas coisas. Eu sei que não é por mal, mas ele não entende que não faz bem. [...] a irmã dele, a avó vivia oferecendo porcaria. [...] acabou que ela começou a comer com cinco mesinhos. (P14)

A Internet também apareceu como uma fonte frequente de informações, principalmente em redes sociais e sites de pesquisa, geralmente atrelada à uma preocupação com a veracidade das informações encontradas.

Eu leio muito, até hoje eu leio sobre [IA]. Eu leio e faço, seguindo os passos. Hoje em dia, tem tudo na internet, no Instagram, só seguir as coisas. [...] fui ouvindo e, no Instagram mesmo, eu sigo as páginas e eu vejo o que é bom e o que não é. (P4)

Ela [avó] queria muito dar mel no bico. Eu fui olhar no Youtube que, nem sempre o Youtube é verdadeiro, fala muita coisa errada, mas diz que tem uma fonte [toxina] que pode até matar uma criança. [...] eu aprendi muito, mas confesso que tem muitas coisas ainda que eu olho no Youtube, procuro lá. (P7)

Eu sigo muitos pediatras, muitos nutricionistas infantis no Instagram. Eu também sempre fui muito de procurar ler essas coisas, aí eu fui eu mesma introduzindo. Eu baixei o aplicativo do BLW, que daí lá tem o que dar e como dar. Tem o corte certo pra não haver o engasgo, aí eu fui sozinha. [...] em redes sociais, eu busco ali. Dependendo o que é falado, eu vou para o Google para ver. Claro que eu sei que o Google também não é uma fonte 100% confiável, mas eu faço meio que uma assimilação ali. (P10)

- **Particularidades da infância**

A partir da fala dos entrevistados, foi possível observar certa preocupação com questões relativas à infância e aos aprendizados intrínsecos a esse período.

Ele não come sozinho ainda. Às vezes, ele segura a colherzinha com a mão, mas eu ajudo ele. Ele até segura a colher. É bom deixar eles, é normal. Tem mães que não gostam que se suje. (P1)

Agora, eu comecei a colocar no pratinho separado pra ele começar a ir comendo sozinho, do jeito dele. Às vezes, ele pega com a mão, às vezes ele pega a colher. Às vezes, ele quer comer comigo, daí eu vou intercalando um pouco, até pela coordenação motora dele, pra ele ir treinando assim, sozinho. Mas eu deixo uma roupinha bem velha e deixo que vá comendo. Eu coloco eles na mesinha e deixo que comam. [...] No início, eu esmagava, como eles não tinham os dentinhos. Depois que começou sair os dentes, daí eu comecei a deixar cortadinho. Não batia nada no liquidificador, nunca bati nada no liquidificador, sempre foi cortado. Eles tinham que aprender a mastigar, não dá para deixar eles muito preguiçosos. (P6)

Na verdade, eles não têm muita escolha agora. O que a gente dá, eles comem. Então, quanto mais a gente ensinar a comer colorido, melhor. (P7)

Eu comecei a dar em pedaço agora, já estou quase dando inteiro os pedaços. Tipo o grão mesmo, está quase inteiro. Eu quero ver se até um ano já esta inteira a alimentação dele. Um ano já tem dente. [...] antes ainda era sopa, só o cadinho. Agora, eu faço separado, é mais em pedaço. Se não, ele come uma coisa e nem sabe o que está comendo. [...] cada idade tem seu tempo. Não precisa usar o que não precisa, só o que pode acrescentar. (P12)

Além disso, algumas mães tenderam a considerar as preferências individuais da criança, independente da qualidade e da quantidade dos alimentos ofertados.

Tem que dar tudo aquela função ali pra ele, com bastante caldo as coisas, para misturar. Se não, ele não come. Arroz até ele come, só que tem que dar uma espremidinha. Até ele come, se tiver o caldo de feijão novinho, aí tu consegue tocar tranquilo nele. Salada ele não come. Tipo alface, essas coisas assim ele não come. [...] muita coisa ele não aceita. Ele olha, ele é bem curioso, dá uma olhada. Mas... é aquela coisa dele, é a boa vontade dele,

é ele querer. Ele se manda. [...] depende, se ele olhar uma coisa e ele vê que não gosta, ele cospe de volta, ele não vai. [...] até tentei, mas daí ele recusou, daí eu não insisti mais. Até porque, já teve de ele vomitar. Por causa disso, de passar mal, eu digo: ‘eu não quero ver meu filho assim, eu empurrando as coisas. Vou deixar só o que ele gosta, o que ele aceita bem, o que ele quer comer. (P2)

Ela gosta de pãozinho assim, pãozinho cacetinho, com margarina. Ela adora margarina. Se der um pãozinho puro, ela não come. Presunto então, ela adora presunto. [...] presunto, mortadela, salsicha... essas coisas, ela come bem. [...] ela puxou mais para mim, que eu não gosto muito de doce. Mais é para um salgado mesmo. Se tu der um rissole para ela, um pastelzinho, ela gosta. (P5)

Ele come junto com a mãe. Às vezes, até antes, por causa que come antes, come depois, come toda hora. Tá toda hora beliscando uma coisa e outra. (P9)

Verdura ainda não dei, só os legumes mesmo. É que verdura é alface. Alface, geralmente, criança não quer. (P12)

Certos alimentos, geralmente considerados ‘comida de criança’ foram mencionados ao longo dos depoimentos.

Quando ele não quer a mamadeira, eu digo: ‘vou fazer um ovinho com a gema mole’, aí ele come praticamente dois ovos, com a geminha molezinha. (P2)

Umás 10:3h, elas recebem um lanche. Às vezes, é uma sopinha de bolacha, ou uma banana ou, às vezes, elas não querem mamar, aí é uma papinha. [...] bolacha maisena, essas bolachas assim, mais de criança, elas comem. (P3)

É raro quando ela toma mais de uma mamadeira por dia. É o leite Ninho, eu dou pra ela com Mucilon. (P5)

Às 9:30h, eu dou uma frutinha para eles. Ou uma banana, ou... o que tem. Uma fruta, ou uma sopa de bolacha. Mas aí, se eu der sopa de bolacha, eu não dou de tarde, aí eu faço um mingauzinho de maisena. (P7)

O [suco] que eu gosto mesmo é o e gelatina. Pra ele, eu nunca dei. Mas, se eu fosse dar, eu faço suco de gelatina para a minha guriazinha. (P7)

Eu não dava laranja, aquela laranja ácida. Eu dava a laranja do céu, que dizem que é a laranja que tem menos ácido. (P11)

O suquinho sempre foi de laranja do céu. Até hoje ela toma o suquinho de laranja que o pai dela traz para ela e ela gosta. (P13)

- **Os múltiplos papéis e a sobrecarga da mulher**

As mulheres foram as protagonistas da pesquisa, tanto como participantes quanto nos cuidados com as crianças e com os afazeres domésticos. Por vezes, vê-se que elas precisam desempenhar diversos papéis ocupacionais, recebendo pouca ou nenhuma ajuda dos demais integrantes da família, já que os pais das crianças geralmente trabalham fora e são as mulheres que permanecem em casa em tempo integral.

Lá em casa, é tudo comigo. Os outros me ajudam também. Eu digo pra eles: 'vamos ajudar com o mano, vamos dar uma força para a mãe'. Mas, sabe como é. Eles estão naquela fase deles também que eles gostam de desenho, de outras coisas, aí não querem ajudar. (P2)

Mais é ela [esposa] quem resolve as coisas em casa. Ela não trabalha, é mãe o tempo inteiro e às vezes me ajuda na empresa. [...] Quem cozinha também é ela. (P3)

É mais comigo. Tem a minha irmã que ficou comigo, mais especificamente para cuidar da minha menina. Claro, ela lava uma louça. Meu guri também ajuda. Meu marido é difícil, só no grito. Meu cunhado também é meio complicado, então, é basicamente eu. (P10)

A insegurança e a culpabilização pelas dificuldades na IA e com os demais cuidados demandados pela criança também esteve muito marcada nas falas das mulheres. Tal culpa também é intensificada por outros familiares.

A gente nunca é a mãe perfeita, mas tenta ser. Estou tentando ser. [...] ele era louco para comer, se via que ele tinha vontade de comer, aí diziam: ‘tem que dar comida para essa criança, já está com seis meses já e tu não dá comida, por isso que é magrinho’. [...] olham para ele e dizem: ‘esse guri é magro porque tu não cuida direito’. Muitos, até da minha família, olham e dizem: ‘tu não está cuidando direito do guri, olha a magreza! (P1)

A gente fica pensando que sempre falta alguma coisa. Não sei, alguma coisa. Eu não me julgo uma boa mãe. A verdade é essa, a gente se cobra bastante. Como agora [internação], eu pensei que fosse da comida que eu estava dando pra ele [...], pensei: ‘será que a culpa é minha? Será que eu que botei um pouco demais de sal na comida?’ Sei lá, a gente se culpa muito das coisas, quando tem filho pequeno é assim. A gente quer o melhor pra eles. (P2)

A gente sempre acha que podia ser melhor, não é? Porque, mãe, nasceu um filho, nasceu a culpa na pessoa já. Deu o teste positivo, o positivo já vem com a culpa. Tu nem sabe ainda, mas tem, já está ali. Acho que poderia ter sido melhor, mas estou

satisfeita com o que eu consegui até agora, de ver ela comer tudo, o paladar que ela tem. [...] eu olho para o maior e me dói saber que eu podia ter feito com ele, mas eu, hoje, com tudo o que eu passei, principalmente agora, eu tento ir eliminando as minhas culpas, pra não ficar tão depressiva. [...] aí eu tento fazer essa dosagem. Senão, também, a mãe pira. Com ela, mais experiente, já tive um... mais informação. Eu me sinto um pouco menos culpada, mas não que eu não sinta. (P10)

Por vezes, foi citado o uso de TV e celular como recurso para administrar as tarefas domésticas, expondo as crianças de maneira precoce às telas.

Começou a assistir cedo. Desde que ele era bebê, eu já deixava ele na frente da TV para poder fazer as coisas. [...] Como eu digo: se tu é sozinha, ter aquele tempo, até tudo bem. Mas, quando tu tem outras pessoas que dependem de ti também, não é fácil. (P2)
Eu deixo ele desde que ele nasceu na frente da TV, pra eu conseguir fazer o serviço em casa. (P14)

O retorno ao trabalho também gerou angústias. A IA foi antecipada em algumas situações, visando a praticidade diante do afastamento da mãe de casa.

Essas coisas assim, que as pessoas vão dar lá com seis meses, eu já começo dar com três. Até mesmo porque às vezes, como eu digo pra mãe, tem que trabalhar, não posso ficar me estendendo, depois quem sofre são eles. Então, todos eles começaram a comer assim, com três meses, daí com seis meses eles já tão bem já, já conhecem Danoninho, já conhecem a comida, já sabem comer bem tranquilos e graças a deus nunca teve problema nenhum. (P5)

Já recebe [leite de vaca] faz tempo. Acho que desde os dois mesinhos e pouco que eu comecei a experimentar. Dava uma que outra, só para ele experimentar. Eu tinha que voltar a trabalhar. Como é que eu vou chegar do nada e dar mamadeira para o guri e ir trabalhar? (P9)

4 DISCUSSÃO

A infância é um período de constantes aprendizados, os quais impulsionam o desenvolvimento da criança, sendo este condicionado a características genéticas e ambientais. Muitas das habilidades e preferências são desenvolvidas nesse período. As experiências vivenciadas na infância têm o poder de influenciar as condições e escolhas da vida adulta. Por isso, o meio no qual a criança se insere pode beneficiar ou prejudicar seu desenvolvimento. Ao analisar o campo da saúde da criança, através da óptica do seu conceito ampliado, entende-se que a sua saúde só é garantida diante da promoção de um ambiente harmônico que lhe garante seu pleno desenvolvimento, bem como possibilita experiências positivas para que a criança alcance seu potencial máximo. Dentre os condicionantes da saúde, está a alimentação, a qual inicia através do aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança e é continuada, posteriormente, pela alimentação complementar. Nesta fase, a criança deve ser igualmente estimulada e exposta a vivências positivas, que lhe incentivarão a adotar hábitos alimentares adequados e saudáveis (NEVES et al., 2016; OLIVEIRA, 2018).

Em um estudo quantitativo, realizado por Pinto (2016), incluindo 114 pessoas, concluiu-se que diversas características sociodemográficas dos pais – como renda, escolaridade e profissão - interferem na sua compreensão sobre o conceito de alimentação saudável da criança e, conseqüentemente, sobre as decisões que tomam relativas à alimentação dos filhos. A autora discorre que famílias de estratos sociais mais desfavorecidos tendem a apresentar um menor conhecimento acerca da alimentação infantil, ressaltando o quanto as desigualdades sociais interferem na saúde da população. Dados similares foram apresentados por Salles-Costa et al. (2016), ao analisarem o consumo alimentar de crianças de seis a 30 meses no Rio de Janeiro, constatando que a renda familiar, a escolaridade e o padrão alimentar dos pais foram diretamente associados ao padrão dietético infantil, bem como na idade quando a alimentação complementar iniciou. A caracterização da amostra da presente pesquisa descreve uma população, em sua maioria, com baixa escolaridade, pouco vínculo empregatício e baixa renda, o que pode inferir significativamente na forma como a introdução alimentar é interpretada e realizada.

A promoção do consumo de alimentos saudáveis deve partir dos pais, já que estes são os principais responsáveis pela aquisição, preparo e oferta dos mesmos à

criança. Sendo assim, os hábitos alimentares costumam ser partilhados por toda a família, como mostrou esta pesquisa e como afirma Melo et al. (2017). Em consonância, Linhares et al. (2016) trazem, em sua revisão integrativa de literatura, que a atenção dos pais com a alimentação da criança é de vital importância, uma vez que seus cuidadores são vistos como modelos a serem seguidos e espelham suas escolhas nas atitudes de seus responsáveis. O convívio familiar é o principal ambiente de aprendizado da criança, o qual deve conduzir, de forma compreensiva e respeitosa, a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância, que se perpetuam na vida adulta. A preocupação com a qualidade da dieta e com a saúde da criança também foi evidenciada por Gomes (2018), que realizou uma intervenção de educação alimentar e nutricional com 349 pais de crianças em idade pré-escolar. O referido estudo encontrou dados que relacionaram tal preocupação, principalmente, com o peso corporal da criança.

Entende-se que a alimentação é um cuidado comum aos pais, visto que os mesmos buscam manter seus filhos saudáveis, mas que a compreensão sobre a alimentação é heterogênea entre diferentes grupos sociodemográficos, o que pode incidir positiva ou negativamente sobre os hábitos alimentares da criança. Além disso, pode-se constatar que as concepções de saúde e alimentação saudável seguem bastante restritas à imagem corporal, o que também se estende à criança. Ou seja, sustenta-se a ideia popular de que uma criança é saudável somente pelo fato de a mesma manter um peso considerado adequado e a preocupação com a qualidade e quantidade da alimentação surge, geralmente, quando a criança apresenta excesso de peso corporal. Tais resultados divergem dos apresentados por Santos et al. (2017), que demonstram uma certa distorção da imagem corporal da criança por parte dos pais, os quais associam o excesso de peso como um indicativo de maior resistência a doenças e à crença de que crianças com sobrepeso são mais saudáveis.

Os modelos de relações parentais exercem forte influência sobre as escolhas alimentares das crianças. A pesquisa revelou que, ao passo que algumas mães adotam um estilo mais permissivo na alimentação, levando em consideração somente as preferências demonstradas pela criança, há casos onde ainda se usa de força física e imposição para que a criança se alimente. Santos (2021) ressalta, em sua pesquisa realizada com 368 crianças de um a cinco anos de idade, que ambos os modelos comportamentais mencionados são comumente empregados, embora sejam negativos na adoção de hábitos saudáveis, predizendo um maior consumo de

alimentos industrializados. A permissividade faz com que a criança de alimento sem qualquer tipo de controle ou avaliação da qualidade dos alimentos, enquanto a restrição interfere na própria independência e na autorregulação de fome e saciedade, podendo gerar uma compulsão alimentar. O estudo sugere que crianças cujos pais optam por orientar seus filhos a consumir alimentos mais saudáveis, costumam manter uma alimentação mais equilibrada e com menor consumo de industrializados.

Torres et al. (2020) reforçam a afirmativa de que os estilos parentais determinam o padrão alimentar infantil ao apontar, em sua revisão, que o controle autoritário sobre o comer da criança tem um potencial de desenvolver transtornos alimentares e a perda da autoestima, enquanto a responsividade a todos os desejos da criança também levará a um padrão alimentar não saudável. Os autores justificam este segundo fenômeno pela praticidade oferecida pelos alimentos industrializados, pela sua alta palatabilidade e pela frequente associação de *marketing* da imagem às preferências da criança.

Na presente pesquisa, a permanência em UTI Neonatal foi mencionada pelos pais como motivo para o desmame precoce. A revisão de Oliveira et al. (2021) revela que a UTI afasta a mãe e o bebê, interferindo no vínculo da díade e, conseqüentemente, na amamentação. Além disso, a condição clínica da criança e a perda da autonomia da mulher nos cuidados acentuam a sua insegurança. Silva (2020) propõe que os profissionais destas Unidades devem estar dispostos a não somente orientar a mãe sobre os benefícios e a prática da amamentação, mas também, a oferecer-lhe o apoio necessário para que esta se sinta segura e, portanto, o aleitamento materno seja incentivado nesse ambiente.

A orientação profissional também se destacou como um forte determinante da forma como a IA foi realizada, aparecendo, na maior parte das vezes, como um fator de proteção para o AME e a IA adequada, mas, em determinados depoimentos, como fonte de informações retrógradas ou baseadas em mitos. O estudo de Sombra et al. (2017) abrangeu 60 mães de crianças com idade entre cinco meses e três anos de idade e encontrou uma relação positiva entre o acompanhamento profissional e a qualidade de alimentação das crianças, bem como uma melhor compreensão, por parte das mães, sobre os riscos que os alimentos industrializados representam. Este dado pode justificar o fato de que mães com crianças que possuíam algum diagnóstico prévio e seguiam um acompanhamento profissional mais regular também estarem mais informadas sobre a alimentação da criança.

A revisão bibliográfica de Alcantara e Almeida (2020) reforça que o acompanhamento multiprofissional de crianças e suas famílias deve lançar mão de recursos lúdicos e metodologias ativas em suas intervenções de educação em saúde, para promover a autonomia e os hábitos alimentares saudáveis para toda a família. Porém, Oliveira et al. (2019), ao avaliarem a percepção e o conhecimento dos profissionais de saúde de uma UBS sobre alimentação saudável e saúde bucal da criança, também reconheceram a presença de crenças pessoais e conhecimentos populares no discurso desses profissionais. Assim, o estudo reforça a importância de que os profissionais de saúde que atuam junto a crianças e seus familiares estejam atualizados e recebam educação permanente em saúde, a fim de oferecer informações individualizadas e acessíveis, mas baseadas no conhecimento técnico e científico.

Um resultado instigante é que, por vezes, a procura por orientação realizada por profissionais da saúde, é substituída pela rede de apoio informal, como o compartilhamento de saberes por familiares e a busca de informações na internet. Para Sorrentino (2018), esta ocorrência se dá pela falha na comunicação entre profissionais e usuários do serviço, na qual as orientações transmitidas não correspondem à realidade das famílias. Assim, estes se tornam mais vulneráveis a receber informações inverídicas de outros meios e a acreditarem em mitos referentes à alimentação da criança. A autora destaca que, apesar de a internet ser uma forma importante e prática de acesso à informação, nem sempre as fontes usadas são confiáveis e podem oferecer orientações distorcidas ou desatualizadas sobre a alimentação complementar. No caso da influência da família, fica claro que os conhecimentos repassados se firmam muito mais em experiências pessoais do que em informações científicas.

Assim como evidenciado neste estudo, Oliveira (2018) destacou que as crenças pessoais e vivências paternas são refletidas na alimentação da criança. Tais mitos envolvem quais alimentos devem ou não ser ofertados para a criança, o modo de preparo, a temperatura, a textura, entre outras questões. Ou seja, se fazem presentes em diversos aspectos da alimentação infantil. Geralmente, essas crenças populares são perpetuadas por gerações, mas se tratam de afirmativas sem respaldo científico, podendo incidir negativamente sobre o padrão alimentar proposto à criança. Uma das principais demonstrações disso é o desmame e a IA precoces derivados da

crença de que o leite materno é fraco e insuficiente, resultados também encontrados por Silva et al. (2016) e Siqueira, Carvalho e Barbosa (2017).

Outro resultado que aponta para uma forte influência das crenças pessoais na IA, diz respeito a textura dos alimentos ofertados. Diversos relatos trouxeram uma preocupação com engasgos, o que fez com que os alimentos fossem ofertados esmagados ou até liquidificados, buscando prevenir incidentes. Silva (2021a) compreende, em sua revisão, o receio dos responsáveis em ofertar alimentos inteiros para a criança, mas afirma não haver diferença no risco de engasgo quando comparados os métodos de introdução alimentar tradicional, no qual os alimentos são esmagados de forma homogênea e o BLW, abreviatura para Baby-led Weaning, que busca uma participação mais ativa do bebê no aprendizado e tende a ofertar alimentos inteiros em cortes específicos. Silva (2021b) ainda reforça que a oferta de alimentos em textura inadequada pode levar a um atraso no desenvolvimento sensorial e da fala.

Um dos achados da presente pesquisa revelou a oferta frequente de alimentos considerados específicos da infância. Na investigação de Daufenback e Ribas (2016), fica evidente, no discurso dos pais, uma diferenciação dos alimentos da criança e do restante da família. A segregação presente no imaginário dos 92 responsáveis entrevistados elencou alimentos industrializados e não saudáveis como sendo alimentos “da criança”, a exemplo de biscoitos, mingaus, achocolatados, entre outros. Dallazen et al. (2018) também encontraram uma alta prevalência de consumo de alimentos industrializados e ricos em açúcar, como gelatinas, balas, chocolates e queijos *petit suisse* no cotidiano de 1.567 crianças entre 12 e 59 meses. Ambas as pesquisas apontam que o padrão alimentar inadequado é ainda mais frequente em populações de baixa renda e escolaridade, o que torna estes grupos mais vulneráveis a crenças populares e à publicidade de alimentos direcionados ao público infantil.

Alguns personagens apareceram como potenciais determinantes na alimentação complementar, com destaque para os avós. Massyliouk e Campos (2016) analisaram a forma como as relações interpessoais dos responsáveis incidiram sobre o processo de socialização infantil. Em seus resultados, é perceptível o quanto a alimentação é um gerador de conflito entre os envolvidos, uma vez que os pais primam por uma alimentação mais saudável, enquanto os avós tendem a ser mais permissivos e oferecer constantemente alimentos hiperpalatáveis, os quais os pais não

consideram saudáveis, no sentido de agradar a criança, o que convergiu para os resultados desta pesquisa.

Ainda, neste sentido, as mães apareceram como protagonistas ou únicas responsáveis pelo cuidado com a criança, o que levou ao uso de telas como recurso para administrar tantas funções. Ferreira (2019) entrevistou 12 indivíduos, dentre os quais, predominou significativamente a atuação da mulher como principal responsável pela alimentação e demais cuidados da criança. A autora também ressalta que a visão social de que a mulher tem o dever de manter os afazeres domésticos e de cuidar dos filhos independe da sua participação no mercado de trabalho, o que gera um acúmulo de funções e uma dupla jornada de trabalho. Arantes e Morais (2021) mencionam o uso frequente de telas como forma de distração da criança, estimulado pelos adultos para que os mesmos possam desempenhar outras funções enquanto a criança fica estrita ao celular, à TV e afins. Porém, sabe-se que a exposição precoce e excessiva às telas pode prejudicar o desenvolvimento neuropsicomotor (MOREIRA et al., 2021), prejudicar a percepção dos sinais de fome e saciedade e comprometer o aprendizado quando o recurso é usado durante a refeição (CARVALHO; GRANDO; BRITTO, 2021) e expõe a criança, que ainda não dispõe de senso crítico de julgamento, à publicidade massiva de alimentos industrializados, o que pode induzir à obesidade infantil (VIEIRA, 2021).

Na presente pesquisa, também foram relatados casos onde a IA ocorreu de maneira precoce para que a mãe pudesse retornar ao seu emprego. Para Cavalcanti e Baía (2017), o retorno da mulher ao mercado de trabalho após a maternidade é um desafio, justamente porque a mulher precisa conciliar papéis ocupacionais diversos. Os autores afirmam que a introdução alimentar da criança foi um dos maiores desafios elencados pelas entrevistadas, visto que ela precisa se ausentar do lar em um momento no qual a criança demanda de tanta atenção. Gabriel et al. (2021) complementam ressaltando o risco representado pelo retorno da mulher às suas funções laborais ao aleitamento materno exclusivo, havendo uma grande taxa de desmame precoce e de início precoce da alimentação complementar nesse período. Os autores concluem dizendo que a díade mãe-bebê depende de uma rede de apoio familiar e profissional, que ofereça apoio prático e suporte emocional, favorecendo a amamentação e a manutenção de práticas alimentares saudáveis.

Miranda et al. (2018) reiteram que as mulheres são responsabilizadas e, conseqüentemente, culpabilizadas pelos hábitos alimentares adotados pela criança.

Os autores sugerem que a distribuição de tarefas no ambiente familiar é uma forma importante de combater ideologias que delegam diversas funções exclusivamente ao papel feminino, permitindo que os demais integrantes da família contribuam de forma colaborativa nos aprendizados da criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa atendeu aos seus objetivos, permitindo compreender quais foram os principais fatores que interferiram nas decisões de pais e cuidadores na IA. Ficou claro que estas decisões são de ordem multifatorial, englobando questões individuais e de características sociodemográficas, até a interferência externa de outros personagens, como os profissionais de saúde e os familiares. Ainda, percebe-se que os discursos dos entrevistados tratam de diversos desafios encontrados no decorrer da IA, como a aceitação e as preferências da criança, a divergência de informações encontradas na mídia e as cobranças vindas de outras pessoas. Tendo em vista o importante papel dos profissionais de saúde na orientação dos responsáveis, é essencial que estes façam uso de informações atualizadas e utilizem de recursos acessíveis para o compartilhamento dos saberes.

Dessa forma, entende-se que a execução da IA não depende apenas do fornecimento de informações científicas, seguindo o fluxo profissional-paciente, mas de toda uma rede de apoio mútuo, para que este não exerça uma influência negativa na IA. Neste sentido, a atuação da equipe multiprofissional se faz essencial no suporte do núcleo familiar, devido sua capacidade de enxergá-lo de maneira holística e pelo potencial de prestar uma assistência mais resolutiva, humanizada e que engloba as mais diversas demandas apresentadas pela família no período da IA quando busca a articulação das competências individuais, coletivas e interdisciplinares. Por conseguinte, a divisão de tarefas no lar também é de extrema relevância para que o papel feminino não seja sobrecarregado e que este acúmulo de funções não incida negativamente sobre o desenvolvimento da introdução alimentar.

Por fim, salienta-se a importância da manutenção e fortalecimento Políticas Públicas de Saúde direcionadas à alimentação saudável e da divulgação de materiais e informações já instituídos por órgãos públicos, como o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, de autoria do Ministério da Saúde, para que os pais e responsáveis sejam devidamente informados e apoiados em sua prática.

Como recomendações para pesquisas posteriores, sugere-se que as particularidades destacadas em cada público sejam usadas para a sistematização da atenção e para a elaboração de materiais informativos, tendo em vista a disseminação de informações pertinentes e individualizados sobre a IA. Como limitação, destaca-se que a divergência entre opiniões de especialistas, manifestadas em publicações que orientam a IA, podem gerar um viés na interpretação dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTARA, K. R. de; ALMEIDA, S. G. de. **Alimentos ultraprocessados com altos teores de açúcar nos hábitos alimentares dos lactentes**. 2020. 24 f. Monografia (Bacharelado em Nutrição) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14457>>. Acesso em 18 dez. 2021;
- ARANTES, M. do C. B.; MORAIS, E. A de. Exposição e uso de dispositivo de mídia na primeira infância. **Resid Pediatr**, v. 0, n. 0, p. 535-549, 2020. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/pprint535.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2021;
- BALDISSERA, R. et al. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, Set 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n9/e00101315/pt/>>. Acesso em 14 jun 2021;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasil: Diário Oficial da União, 2012;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de Abril de 2016**. Brasil: Diário Oficial da União, 2016;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de Março de 2018**. Brasil: Diário Oficial da União, 2018;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília : Ministério da Saúde, 2019;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013a;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de Setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasil: Diário Oficial da União, 2013;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015;
- CARVALHO, K. M.; GRANDO, R. L.; BRITTO, J. A. **Os efeitos do tempo de tela em crianças e adolescentes: um levantamento bibliográfico**. Observatório da Fiocruz, Rio de Janeiro, mai. 2021. Disponível em: <http://observatorio.fiocruz.br/sites/default/files/observatorio_da_fiocruz_em_ctei_-

_estudo_screentime.pdf>. Acesso em 29 dez. 2021;

CAVALCANTI, N. C. S. B.; BAÍA, D. C. P. Ser mãe no mundo do trabalho: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. In: MUNDO DE MULHERES, 13., 2017, Florianópolis. **Anais...**: Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499457316_ARQUIVO_Sermaenomundodotrabalho.pdf>. Acesso em 30 dez. 2021;

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad: Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010;

DALLAZEN, C. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 19 Fev 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n2/e00202816/>>. Acesso em 14 jun 2021;

DAUFENBACK, V.; RIBAS, M. T. G. de O. O “grosso” e o “das crianças”: consumo alimentar em titulares do Programa Bolsa Família em Curitiba-PR. **Demetra**, v. 11, n. 1, p. 47-64, 2016. Disponível em: <<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=90aa6fed-cb4b-45ec-b8b8-79b92cafee13%40redis>>. Acesso em 27 dez. 2021.

FERREIRA, N. N. L. **Crenças, mitos e tabus das mães de crianças com sobrepeso e obesidade relacionadas ao alimento e as práticas alimentares**. 2019. 127 f. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/51031/1/2019_dis_nnlferreira.pdf>. Acesso em 29 dez. 2021;

GABRIEL, A. C. Retorno ao trabalho e desmame precoce: uma revisão de literatura. **Rev. Terra & Cult.**, Londrina, v. 37, n. especial, 2021. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2355/1764>>. Acesso em 30 dez. 2021;

GENIO, C. A. A Introdução da Alimentação Complementar no Brasil. **Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS)**, v. 2, n. 1, p.65-79, 2020. Disponível em: <<https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/1534/1409>>. Acesso em 14 jun 2021;

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciênc. saúde colet.**, v 24, n 7, 22 jul 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n7/2387-2397/>>. Acesso em 14 jun 2021;

GUIMARÃES, G. S. Fatores associados à introdução alimentar em menores de 6 meses. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Nutrição). Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia: 2018. 19 p. Disponível em:

<<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24091/1/FatoresAssociadosIntrodu%3a7%3a3o.pdf>>. Acesso em 14 jun 2021;

GOMES, A. I. F. **Estudo dos determinantes parentais e individuais dos comportamentos alimentares da criança pré-escolar**. 2018. 260 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Saúde) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018. Disponível em:

<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33144/1/ulsd731579_td_Ana_Gomes.pdf>. Acesso em 20 dez. 2021;

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020;

JAIME, P. C.; PRADO, R. R.; MALTA, D. C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. **Rev. Saúde Pública**, v. 51 (supl 1), 01 Jun 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51suppl1/13s/pt/>>. Acesso em 14 jun 2021;

LINHARES, F. M. M. et al. Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 460-481, 2016. Disponível em: <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>>. Acesso em 21 dez. 2021;

LOPES, W. C. et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Rev. paul. pediatri.**, v. 36, n. 2, Abr-Jun 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rpp/a/r8tJMQJJZxCP7n6q4zTwMWx/?lang=pt>>. Acesso em 14 jun 2021;

LOPES, W. C. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados. **Rev. paul. pediatri.**, v. 38, 2020.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rpp/a/kFndBzThszpPyXRYvtFBzJc/?lang=pt>>. Acesso em 16 jun 2021;

LOZADA, G.; NUNES, K da S. **Metodologia científica**. Porto Alegre: SAGAH EDUCAÇÃO S.A., 2019;

MASSYLIOUK, M. F. da F.; CAMPOS, R. D. Faça o que Eu Digo, Não Faça o que Eu Faço: A Relação entre Adultos na Socialização Infantil no Consumo Alimentar. **ReMark**, v. 15, n. 4., Nov. 2016. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/4717/471755317004.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2021;

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. [3. Rempr. São Paulo: Atlas, 2019.

MELO, K. M. et al. Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. **Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000400226&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 dez. 2021;

MIRANDA, Z. N. dos S. et al. A relação entre a vida da mulher moderna e a formação do hábito alimentar infantil. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DA REDE FEMINISTA NORTE E NORDESTE DE ESTUDOS E PESQUISA SOBRE MULHER E RELAÇÕES DE GÊNERO, 20., 2018, Salvador. **Anais...**: Salvador: UFBA, 2018. Disponível em: <<https://www.sinteseeventos.com/site/redor/G6/GT6-14-Zuleide.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2021;

MOREIRA, L. H. et al. Consequências do tempo de tela precoce no desenvolvimento infantil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.10, p.97125-97133, out. 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/37372/pdf>>. Acesso em 29 dez. 2021;

NEVES, K. da R. et al. Growth and development and their environmental and biological determinants. **J Pediatr [online]**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. 241-250, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.007>> Acesso em: 22 dez 2021;

OLIVEIRA, C. L. et al. Percepções e saberes da equipe de saúde e de familiares de crianças menores de dois anos sobre a atenção em saúde bucal infantil na Atenção Primária a Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 61-77, Set. 2019. Disponível em: <<https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2613/1995>>. Acesso em: 19 dez. 2021;

OLIVEIRA, C. V. R. de. **Avaliação do desenvolvimento infantil com foco nos determinantes sociais**. 2018. 152 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.007>>. Acesso em: 22 dez. 2021;

OLIVEIRA, M. P. de, et al. Fatores que dificultam o aleitamento materno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Research, Society and Development**, v. 10, n.8, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17190/15608>>. Acesso em: 20 dez. 2021;

OLTMANN, S. M. Qualitative interviews: a methodological discussion of the interviewer and respondent contexts. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 17, n.2, p.1-16, 2016. Disponível em: <<https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2551>>. Acesso em 14 jun 2021;

PINTO, L. P. **Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança**. 2016. 143p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)-Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4123/1/LuisaPereiraPinto%20DM.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2021;

- ROSA, J. B. S.; DELGADO, S. E. Conhecimento de puérperas sobre amamentação e introdução alimentar. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-9, out./dez., 2017. Disponível em <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6199/pdf>>. Acesso em 14 jun 2021;
- SALLES-COSTA, R. et al. Padrões dietéticos dos pais e determinantes sociais dos padrões alimentares das crianças. **Revista de Nutrição [online]**. v. 29, n. 04, p. 483-493, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400004>>. Acesso em: 23 dez. 2021;
- SANTOS, D. F. B. dos, et al. Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 5, p. 1717-1724, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.13462015>>. Acesso em: 21 dez. 2021;
- SANTOS, K. de F. S. et al. Práticas parentais e comportamento alimentar da criança. **Texto & Contexto Enfermagem [online]**, v.30, e. 20200026, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/3jSd7pLcXtbvPcSCx3dKnzD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 dez. 2021;
- SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, Jul-Set 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n3/465-474/pt/>>. Acesso em 14 jun 2021;
- SILVA, A. E. G. da. **Implantação de protocolo de orientações nas transições alimentares de bebês em grupos de puerpério na Atenção Básica**. 2021b. 6p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fonoaudiologia) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, 2021. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/22780>>. Acesso em 29 dez. 2021;
- SILVA, A. S. et al. Alimentação complementar em menores de um ano: interpretações de mães adolescentes. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 5, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/485>>. Acesso em 28 dez. 2021;
- SILVA, M. R. da. **Introdução Alimentar Tradicional (IAT) X método Baby-Led Weaning (BLW): uma revisão**. 2021a. 14p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Pontifícia Universidade Católica, Goiânia, GO, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1706/1/TCC%20MARISTELA.pdf>>. Acesso em 28 dez. 2021;
- SILVA, P. M. R. da. **Intervenções de enfermagem frente à prevenção do desmame precoce no aleitamento materno**. 2020. 49 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB, 2020. Disponível em:

<<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/19232/PATRICIA%20MICHELE%20ROQUE%20DA%20SILVA.%20TCC.%20BACHARELADO%20EM%20ENFERMAGEM.2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 dez. 2021;

SIQUEIRA, F. P. C.; CARVALHO, N de O.; BARBOSA, V. B. de A. Compreendendo a decisão materna na introdução precoce da alimentação complementar. **REAS**, v. 9, n. 3, p. 1146-1152, 2017. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/18_2017.pdf>. Acesso em 28 dez. 2021;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de alimentação**: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4. ed. São Paulo: SBP, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de pediatria**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017;

SOMBRA, P. V. et al. Alimentação complementar e ingestão de alimentos industrializados em crianças menores de três anos. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 5, n. 3, p. 45-51, Out. 2017. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/3957>. Acesso em 27 dez. 2021;

SORRENTINO, E. **Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores**. 2018. 129 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-19062019-105013/publico/ElizabethSorretino_REVISADA_MTR2385.pdf>. Acesso em 29 dez. 2021;

SOTERO, A. M. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Rev Paul Pediatr.**, v. 33, n. 4, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215000854>>. Acesso em 14 jun 2021;

SOUZA, A. A.; CADETE, M. M. M. O papel das famílias e da escola na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças escolares. **Revista Pedagógica**, v.19, n.40, Jan./Abr. 2017. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/pedagogica/article/view/3747>>. Acesso em 14 jun 2021;

TORRES, B. L.P. M. et al. Reflexões sobre fatores determinantes dos hábitos alimentares na infância. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n.9, p.66267-66277, set.2020. Disponível em:<<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/16295/13324>>. Acesso em: 19 dez. 2021;

VIEIRA, M. S. I. **Publicidade infantil e o desafio da regulamentação na internet**. Monografia (Bacharel em Direito) – Faculdade de Direito da Vitória, Vitória, ES,

2021. Disponível em: <<http://191.252.194.60:8080/bitstream/fdv/1194/1/TCC-Matheus%20Silvares.pdf>>. Acesso em 30 dez 2021;

VIEIRA, F. G. D.. Ensino de Marketing por meio de entrevista semi-estruturada. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 17, n. 195, 01-08, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/34940>> acesso em 4 mai 2021;

WHO. World Health Organization. **Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential**. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>>. Acesso: 14 jun. 2021.

APÊNDICE A – ENTREVISTA

1) Dados de identificação pessoal do entrevistado

- a) Sexo:
- b) Vínculo com a criança:
- c) Idade:
- d) Profissão:
- e) Escolaridade:

2) Dados de identificação pessoal da criança (no prontuário):

- a) Sexo:
- b) Idade cronológica:
- c) IG no nascimento:
- d) Idade corrigida (se houver):
- e) Diagnósticos:
- f) Informações sobre o DNPM (se houver):

3) Condições da gestação:

- a) Idade da mãe:
- b) Acompanhamento de pré-natal (nº de consultas, regularidade, etc):
- c) Patologias na gestação (se houver):
- d) Mãe tabagista/etilista/UDI:

4) Estrutura familiar:

- a) Renda mensal: () < 1 salário mínimo
 () 1 a 3 salários mínimos
 () 3 a 5 salários mínimos
 () > 5 salários mínimos
- b) Quantas pessoas residem na casa?
- c) Qual o vínculo dos moradores com a criança?
- d) Quem faz as compras? Qual é a periodicidade das compras?
- e) Quem cozinha?
- f) Existe alguma forma de produção/cultivo de alimentos em casa? (Ex: hortas, pomares, galinheiros, etc)
- g) Existe uma rotina de horários nas refeições?
- h) As refeições são feitas em família?
- i) Alguém da família já recebeu orientações/segue acompanhamento profissional sobre alimentação saudável?
- j) Alguém da família já recebeu orientações/segue acompanhamento profissional sobre alimentação adequada para a criança?
- k) Como ocorre a divisão de tarefas na casa?

5) Referente à IA:

- a) A criança foi amamentada? Se sim, quanto tempo de AME houve?
- b) Em que idade a IA passou a ocorrer? Houve uma motivação específica para ocorrer nesse período?
- c) Qual foi o primeiro alimento ofertado? Houve uma motivação específica para a escolha deste alimento?
- d) Utilizou:
 - Frutas:
 - Sucos de fruta:

Sucos industrializados (em pó/pronto para consumo):

Verduras:

Legumes:

Sopas:

Carnes:

Ovos:

Embutidos:

Leguminosas:

Bolachas (doce/salgada):

Leite de vaca:

Papas industrializadas:

iogurtes:

Queijo petit suisse:

Chocolate:

Refrigerante:

Balas:

Açúcar de adição:

Macarrão pré-pronto:

Se sim, em qual idade? Por algum motivo específico?

- e) Em qual textura eram ofertados esses alimentos? Que instrumento era usado para obter essa consistência?
- f) Quantos alimentos eram apresentados por refeição no almoço e jantar?
- g) Os alimentos eram apresentados misturados ou separados?
- h) Caso tenha havido a exclusão de algum grupo alimentar, por qual motivo ocorreu?
- i) Os alimentos eram variados ou mantinham somente os alimentos bem aceitos?
- j) Como foi a aceitação inicial da criança?
- k) Quem ofertava as refeições?
- l) Em que local as refeições eram ofertadas?
- m) Quantas refeições por dia a criança realizava?
- n) Os alimentos eram os mesmos consumidos pela família?
- o) A criança tem irmãos? Se sim, como foi a IA do irmão? Foi diferente ou semelhante?
- p) A criança seguiu sendo amamentada durante a IA? Se sim, até quando?
- q) Qual (is) utensílios a criança usou na IA?
- r) Houve alguma intercorrência por parte da criança no início da IA (engasgo, alergia, intolerância, etc)?
- s) Houve a ocorrência/interferência de algum fator externo no início da IA? (evento traumático, afastamento e/ou perda de algum familiar próximo, etc)
- t) Houve acompanhamento por parte de algum profissional da saúde durante a IA?
- u) Quando procuradas outras fontes de informação, foram usadas:
 - () TV/jornais
 - () Livros/revistas
 - () Materiais divulgados pelo MS ou outra instituição equivalente
 - () Internet
- v) Houve algum alimento que foi excluído por conta de motivos pessoais? (ex: alergia, intolerância, paladar, falta de hábito)

- w) Houve algum alimento que foi incluído por conta de motivos pessoais? (ex: dica da internet, receita de família, “planta medicinal”, sugestão da avó ou outro familiar, gosto pessoal)
- x) A criança passou a usar telas (celular, tablet, TV, computador) com que idade? Nestes usos de tela, a criança fica/ficou exposta à publicidade de alimentos?
- y) Relate a rotina alimentar da criança, relacionando os horários das refeições e o tipo de alimento ofertado em cada uma delas.
- z) Considera que foi uma IA adequada? Por quê?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto Matricial: Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança.

Títulos do Projeto em Execução: Identificação dos determinantes que interferem nas decisões tomadas durante a introdução alimentar

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Graciela Dutra Sehnem (UFSM)

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde.

Programa de Residência Multiprofissional

Telefone para contato: (55) 9656-1012

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Eu, _____, responsável pela pesquisa Identificação dos determinantes que interferem nas decisões tomadas durante a introdução alimentar, convido _____ a participar como voluntário do presente estudo.

Esta pesquisa pretende identificar os determinantes na escolha dos alimentos utilizados na introdução alimentar. Acredito que a temática seja importante no sentido de potencializar os benefícios do estudo que estão relacionados ao aprimoramento da atenção da mulher e da criança no município de Santa Maria/RS, por meio da promoção e proteção da saúde da criança e da redução dos índices de morbimortalidade. Para sua realização, serão seguidos os seguintes passos: Identificação de crianças que atendam os critérios de inclusão, contato com o responsável pela criança que a esteja acompanhando na internação, apresentação da pesquisa, convite para a participação e aplicação da entrevista. É possível que aconteça o seguinte desconforto ou risco: instabilidade emocional. Os benefícios que esperamos deste estudo são de qualificar o atendimento na gestação e pós-parto e para as crianças. Durante todo o período da pesquisa, você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, o participante terá direito à assistência¹ que será prestada pelo Hospital, conforme acordo firmado com profissionais do serviço.

É garantida a possibilidade de não participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação. Os gastos necessários para a participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação da pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos a qual será submetido, dos possíveis riscos ou danos dele provenientes e da garantia da confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância na participação do estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pelo TCLE

Santa Maria, ____ de _____ de 2021.

¹ Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900. Santa Maria, RS. 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

²¹ Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900. Santa Maria, RS. 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Título do projeto Matricial: Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança.

Título do subprojeto: Identificação dos determinantes que interferem nas decisões tomadas durante a introdução alimentar

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Graciela Dutra Sehnem (UFSM)

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde.

Programa de Residência Multiprofissional

Telefone para contato: (55) 9656-1012

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

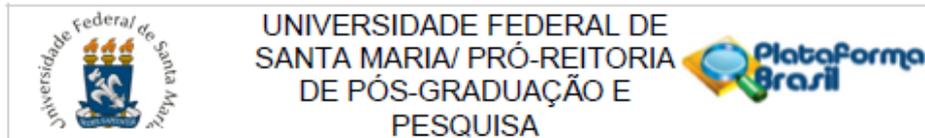
Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevista aplicada no Hospital Universitário durante o primeiro semestre de 2021.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio Centro de Ciências da Saúde, Departamento Enfermagem, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Dr^a Enf^a Graciela Dutra Sehnem. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 23/09/2020, com o número de registro CAAE 36765920.7.0000.5346.

Santa Maria, 14 de Junho de 2021.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES RELACIONADOS À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DA CRIANÇA

Pesquisador: Graciela Dutra Sehnem

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38765920.7.0000.5348

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.286.294

Apresentação do Projeto:

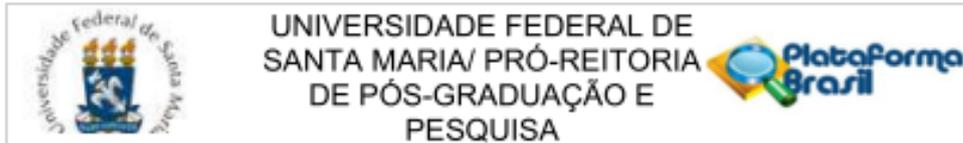
Estudo vinculado ao curso de Residência Multiprofissional da UFSM, caracteriza-se como um projeto matricial composto por cinco subprojetos, sendo um estudo transversal com metodologia quantitativa e qualitativa.

A seleção dos participantes será realizada nos seguintes serviços do HUSM: Maternidade, Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e o Serviço de Arquivo Médico (SAME).

Para a etapa quantitativa, serão selecionados prontuários de puérperas que tenham sido diagnosticadas com gestação de alto risco, identificadas por meio do CID-10 no prontuário da paciente. Será utilizado como instrumento para a coleta de dados um questionário para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e conhecer as intervenções obstétricas vivenciadas por gestantes de alto risco no centro obstétrico de um hospital universitário. Para tanto, abordou-se os seguintes aspectos: dados da gestante, dados de internação, acompanhamento do trabalho de parto, dados do parto, dados do recém-nascido, dados do pós-parto e eventos sentinelas.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B - APROVAÇÃO DA EMENDA AO PROJETO MATRICIAL PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: FATORES RELACIONADOS À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DA CRIANÇA

Pesquisador: Graciela Dutra Sehnem

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 36765920.7.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.844.710

Apresentação do Projeto:

Pela notificação o proponente apresentou emenda ao projeto intitulado "Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança."

A emenda foi justificada nos seguintes termos: "Pretende-se a inclusão de um objetivo específico. [Solicita-se] incluir um objetivo específico, apresentar a metodologia (novos participantes), cronograma, apêndices e anexos. Ressalta-se que o estudo será realizado nos serviços já autorizados pelo HUSM."

Em função dos documentos apresentados, a emenda pode ser aprovada.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos referem-se a algum constrangimento ao qual os participantes podem sentir-se expostos ao responder a entrevista. Na ocorrência de algum evento desfavorável desta espécie, a

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com