

Irlane Silva Veras
Silmara Ribeiro Batista Rodrigues
Thalita Rayanne da Silva Silva
Gabriela Pitsch Caldas da Rosa
Alice Cristovão Delatorri Leite
Nayana de Paiva Fontenelle Xerez

CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

2023


Pascal
Editora

IRLANE SILVA VERAS
SILMARA RIBEIRO BATISTA RODRIGUES
THALITA RAYANNE DA SILVA SILVA
GABRIELA PITSCH CALDAS DA ROSA
ALICE CRISTOVÃO DELATORRI LEITE
NAYANA DE PAIVA FONTENELLE XEREZ

CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

EDITORA PASCAL
2023

2023 - Copyright© da Editora Pascal

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Dr^a. Samantha Ariadne Alves de Freitas

Dr^a. Anna Christina Sanazario de Oliveira

Dr^a. Elba Pereira Chaves

Dr^a. Eliane Rosa da Silva Dilkin

Dr^a. Priscila Xavier de Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V476c

Veras, Irlane Silva *et al.*

Construção de um questionário para avaliação de saúde alimentar das crianças /
Irlane Silva Veras *et al.* — São Luís: Editora Pascal, 2023.

55 f. : il.:

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-80751-80-8

D.O.I.: 10.29327/5259492

1. Nutrição infantil. 2. Aleitamento Materno. 3. Alimentação Complementar. I. Veras, Irlane Silva. II. Rodrigues, Silmara Ribeiro Batista. III. Silva, Thalita Rayanne da Silva. IV. Rosa, Gabriela Pitsch Caldas da. V. Leite, Alice Cristovão Delatorri. VI. Xerez, Nayana de Paiva Fontenelle.. VII. Título.

CDU: 613.2

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2023

www.editorapascal.com.br

contato@editorapascal.com.br

APRESENTAÇÃO

Caro leitor,

É com grande entusiasmo que apresentamos o livro, intitulado “Construção de um Questionário para Avaliação de Saúde Alimentar das Crianças”. Essa obra busca abordar um tema crucial para a saúde e o bem-estar das crianças: a alimentação adequada nos primeiros dois anos de vida.

Com base em estudos recentes que comprovam a relação entre uma prática alimentar inadequada e problemas de saúde, como patologias infecciosas, desnutrição, sobrepeso e déficits de micronutrientes, desenvolvemos um modelo de instrumento para avaliar o conhecimento das mães e cuidadores sobre a alimentação infantil no primeiro ano de vida.

Ao longo do livro, apresento os resultados de um estudo transversal realizado em uma clínica pediátrica de São Luís, no Maranhão. Por meio de entrevista com os acompanhantes de crianças assistidas na clínica, foi analisado aspectos como a compreensão das perguntas, o tempo de resposta e o aceite para responder.

O objetivo deste livro é fornecer uma ferramenta valiosa para servir de modelo no auxílio as consultas e pesquisas de profissionais de saúde, auxiliando-os a promover uma alimentação saudável e prevenir problemas de saúde desde a infância. As questões apresentadas no modelo foram cuidadosamente elaboradas para facilitar o entendimento e fornecer uma base sólida para pesquisas acadêmicas relacionadas à alimentação infantil.

Destaco a importância do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada nesse período crucial do desenvolvimento infantil. Ao ler este livro, você terá acesso a informações atualizadas, embasadas cientificamente e de fácil compreensão, que o auxiliarão a promover a saúde e o bem-estar das crianças que estão sob seus cuidados.

Esperamos sinceramente que este livro seja uma fonte de inspiração e orientação para você, trazendo benefícios reais para a saúde e o futuro das nossas crianças. Acreditamos firmemente que, com o conhecimento correto e as práticas adotadas, podemos construir uma geração mais saudável e feliz.

Agradecemos antecipadamente pela sua atenção e dedicação em explorar este livro.

Atenciosamente,
Os autores

AUTORAS

Irlane Silva Veras



Enfermeira pela Faculdade Santa Terezinha - CEST. Esp. em Obstetrícia e Neonatologia - Faculdade Gianna Beretta. Atualmente enfermeira da Estratégia Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. Supervisora docente de estágio da Faculdade Santa Terezinha CEST-MA e Docente do Curso Técnico de Enfermagem no Ana Neri Educação. Tem experiência na área de Gerenciamento de Unidade Básica de Saúde, Saúde Coletiva, Saúde da Família e Clínica Médica.

<http://lattes.cnpq.br/4583222023194931>

Silmara Ribeiro Batista Rodrigues

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Terezinha - CEST (2018). Especialista em Dermatologia Estética e tratamento de feridas, Enfermagem e patologias e pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Atualmente é docente da Faculdade Santa Terezinha - CEST, ministrando as disciplinas de Neuroanatomia, Patologia e Sistematização da Assistência de Enfermagem. <https://lattes.cnpq.br/5866175304622586>



Thalita Rayanne da Silva Silva



Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Terezinha - CEST (2020). Atualmente é enfermeira da rede municipal de Saúde de São Luís, MA - Hospital Dr. Clementino Moura (Socorrão II). Pós-graduanda em UTI e Urgência e Emergência pela LABORO. Tem experiência na área da saúde adulto e idoso em Urgência e Emergência, com ênfase ao atendimento à pacientes graves.

<http://lattes.cnpq.br/4272199658300877>

AUTORAS

Gabriela Pitsch Caldas da Rosa



Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialista em Saúde Materna Infantil (FACSM). Atendimento nutricional em consultório voltado a saúde da mulher, fertilidade, gestação, puerpério e nutrição pediátrica.

<http://lattes.cnpq.br/2751703885382537>

Alice Cristovão Delatorri Leite

Graduanda de Medicina pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Exerceu o cargo de vice presidente da Liga Acadêmica de Pediatria do Amapá (LAPED-AP). Membro acadêmico da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica (SBNPed). Possui interesse nas áreas de pediatria e neuropediatria.

<http://lattes.cnpq.br/2635243761081497>



Nayana de Paiva Fontenelle Xerez



Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão; Graduada em Nutrição pela Universidade CEUMA; Especialista em Saúde da Família; Especialista em Saúde da Criança pela Universidade; Mestrado em Gestão de Serviços Saúde Pública; Coaching Nutricional Infantil. Docente na Faculdade Santa Terezinha - CEST, Docente no Centro de Consultoria e Pós - graduação da Faculdade Laboro; Membro do grupo de pesquisa GEPSFCA - UFMA.

<http://lattes.cnpq.br/9873647612035832>

RESUMO

A prática alimentar inadequada nos primeiros anos de vida está associada ao acréscimo da morbidade, representada por patologias infecciosas, desnutrição, sobrepeso e déficits de micronutrientes, convicções defendidas pelos estudos recentes. Diante das inúmeras pesquisas sobre o tema aleitamento materno, e o entendimento da importância do tema para a saúde da criança, o objetivo deste estudo foi criar um questionário de avaliação de conhecimento das mães e/ou cuidadores sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida, para servir de modelo no auxílio às consultas e pesquisas de profissionais de saúde. Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo e descritivo, com aplicação de um questionário em acompanhantes de crianças assistidas em uma clínica particular pediátrica do Município de São Luís- MA, no período 21 de novembro de 2016 a 06 de abril 2017. O resultado foi possível após a aplicação de 40 questionários, que no início tinha 27 questões para que pudesse ser analisada a compreensão da pergunta, o tempo de resposta e a dificuldade na aceitação para responder, até chegar ao resultado final do questionário modelo. Como êxito em conclusão, o questionário modelo foi construído com questões de fácil entendimento, para o auxílio em pesquisas acadêmicas relacionadas à alimentação infantil, auxiliando os profissionais de saúde nas condutas terapêuticas.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Alimentação Complementar. Nutrição infantil.

ABSTRACT

Inadequate feeding practices in the first years of life are associated with an increase in morbidity, represented by infectious diseases, malnutrition, overweight and micronutrient deficits, beliefs defended by recent studies. In view of the numerous researches on the subject of breastfeeding and the understanding of the importance of the topic for the health of the child, the objective of this study was to create a questionnaire assessing the knowledge of mothers and / or caregivers about the feeding of the child in the first year of life, to serve as a model to assist the consultations and research of health professionals. This is a cross-sectional study of a quantitative and descriptive nature, with a questionnaire being applied in accompanying children attending a private pediatric clinic in the municipality of São Luís-MA, from november 21, 2016 to april 6, 2017. The result was possible after the application of 40 questionnaires, which at the beginning had 27 questions so that the comprehension of the question, the response time and the difficulty in accepting to answer could be analyzed until the final result of the model questionnaire was reached. As a successful conclusion, the model questionnaire was constructed, with questions of easy understanding, to aid in academic research related to infant feeding, assisting health professionals in the therapeutic trials.

Keywords: Breastfeeding. Complementary Feeding. Infant nutrition.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
AUTORAS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	10
LEITE MATERNO	13
2.1 Breve relato histórico	14
2.2 Aspectos fisiológicos da amamentação	16
2.3. Vantagens do aleitamento materno	18
2.3.1 Os benefícios da amamentação para a saúde da criança	19
2.3.2 Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher	20
2.4 Contraindicações do aleitamento materno	21
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	22
3.1 Alimentação para crianças não amamentadas	26
ENFERMAGEM E A NUTRIÇÃO INFANTIL	30
METODOLOGIA	33
5.1 Tipo de Pesquisa	34
5.2 Local do Estudo	34
5.3 População e Amostra	34
5.4 Coleta de Dados	34
5.5 Análise de Dados	34
5.6 Aspectos éticos	35
ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	49
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	50
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	53
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECISO (TCLE)	54

1

INTRODUÇÃO



CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE
ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

2023

Os alimentos são básicos para a vida, principalmente nas fases do Crescimento e Desenvolvimento (CD). Sem um suprimento de alimentos e nutrientes apropriados, um organismo vivo não pode amadurecer da maneira correta, o que pode acarretar a morte. A alimentação saudável é indispensável para assegurar a saúde e o bom crescimento e evolução das crianças. Ela previne patologias e evita deficiências nutricionais, como a anemia. A prática alimentar inadequada nos primeiros anos de vida está associada ao acréscimo da morbidade, representada por patologias infecciosas, desnutrição, sobrepeso e défices de micronutrientes, como ferro, zinco e vitamina A (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A confiança que a mulher dá às ideias culturais, prova a sua insegurança com relação ao papel de mãe, e isso mostra como é grande a influencia cultural e da herança dos antepassados, que são repassados adiante, principalmente pelos familiares. A inserção de alimentos sólidos não é recomendada antes que a criança conclua os seis meses de vida, pois tais alimentos não são compatíveis com o trato gastrointestinal da criança, e não alcança as suas necessidades nutricionais (ARAÚJO, 2012; ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015).

O leite de origem humana é indiscutivelmente o melhor alimento e o mais ideal para os lactentes. Por ter vários benefícios, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS), aconselham o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até que a criança complete seis meses de idade, depois disso deve ser associado a outros alimentos até dois anos (RODRIGUES; GOMES, 2014).

No primeiro semestre de vida, já é consenso, a manutenção do AME. O leite humano garante a criança todos os nutrientes que ela precisa para iniciar a vida saudável, sendo comprovado por diversas pesquisas científicas. No entanto, as taxas de aleitamento no Brasil, em especial a amamentação exclusiva, estão abaixo do recomendado, sendo substituído muitas vezes por uma Alimentação Complementar (AC) precoce e, constantemente, inadequada, apesar dos esforços de vários organismos nacionais e internacionais para deter esse erro (BRASIL, 2015).

Nutricionalmente a adição de alimentos complementares precocemente pode ser desvantajosa, porque além de ficar no lugar do Leite Materno (LM), a maioria das vezes tem aspecto nutricional inferior a ele, principalmente os alimentos muito diluídos (BARROS; SEYFFARTH, 2008).

São várias as ações que atrapalham no Aleitamento Materno (AM) e que acarretam o desmame precoce. Entre essas ações, pode se encontrar o nível socioeconômico, a idade, o grau de escolaridade, a cultura, o retorno ao trabalho e o desconhecimento sobre as vantagens que o AME pode trazer ao bebê. Outros fatores que também interferem nessa prática alimentar, que comumente é encontrada por profissionais de saúde, é a utilização de bicos artificiais, mamadeiras e chupetas, e; as vezes, as famílias são orientadas precocemente sobre o uso de fórmulas lácteas pelos próprios profissionais de saúde. A impossibilidade de fornecer o LM na sala de parto e até mesmo a internação da mãe ou do bebê por longa duração, também pode interferir na amamentação (COUTINHO; KAISER, 2015).

Outro fator que pode interferir na amamentação, é o surgimento de fissuras nos mamilos. Elas são mais comuns nos primeiros meses da amamentação, que é quando a mãe e o bebê estão se adaptando, por isso, é fundamental que seja descoberto o motivo do surgimento das fissuras para que possa ocorrer a intervenção imediata (VIEIRA et al., 2009).

O oferecimento ideal da AC, é descrita como a oferta de alimentos sólidos e líquidos, quando a criança ainda faz uso do LM. A iniciação precoce ou tardia pode gerar carências

ou excessos alimentares, criando fatores de risco como: desnutrição; obesidade infantil; e a predisposição de doenças crônicas na vida adulta (CORREIA; PEREIRA; BRITO, 2013).

De acordo com a OMS, a AC deve ser introduzida aos seis meses, pois antes disso, as necessidades nutricionais da criança podem ser supridas apenas com a oferta do LM. Aos seis meses a criança já atinge um desenvolvimento geral e neurológico, como a mastigação, deglutição, digestão e a excreção, o que faz com que possam ser ofertados alimentos que não seja o leite. A AC deve ser introduzida de forma segura com o acompanhamento de um profissional, para que a criança receba os nutrientes adequados para o seu CD (VIEIRA et al., 2009).

O enfermeiro deve estar envolvido com a assistência à saúde da criança, por ser uma atividade essencial e principalmente por ser uma fase em que o ser humano está mais vulnerável (CAMPOS et al., 2011).

O CD da criança, precisa da atenção do enfermeiro por ser um momento em que a família sente muitas dúvidas, o profissional precisa estar preparado para poder eliminá-las, além de prestar cuidados que possam detectar possíveis patologias, com os recursos que não são usados nas consultas de puericultura e educação em saúde (FROTA et al. 2014).

O presente estudo tem como objetivo geral criar um questionário de avaliação do conhecimento das mães e/ou cuidadores sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida para servir de modelo no auxílio as consultas e pesquisas de profissionais da saúde. E como objetivos específicos, analisar a compreensão da pergunta, o tempo de resposta e a dificuldade na aceitação para responder.

Estruturalmente o estudo foi dividido em sete momentos, como descritos a seguir: inicialmente foi apresentada a introdução de todo trabalho, seguida pela apresentação do LM. Nesta parte foi feito um breve resgate histórico sobre o assunto, a fisiologia da amamentação, além da apresentação dos conceitos, incluindo as vantagens do aleitamento até os seis meses. Além disso, foram mencionados os benefícios tanto para a criança como para a mãe, e as contraindicações do LM.

No terceiro momento foram apresentadas as informações sobre a alimentação complementar, referindo-se como e quando deve haver a introdução. E, relatado como deve ser a alimentação quando a criança por algum motivo não pode receber o LM.

No quarto momento, está a enfermagem frente a nutrição infantil, referindo-se aos meios que o enfermeiro pode acompanhar e orientar sobre a alimentação para o bom CD infantil.

No quinto momento está descrita a metodologia utilizada no desenvolvimento do presente trabalho, que se trata de um estudo transversal de caráter quantitativo e descritivo. Na sexta parte, encontra-se os resultados e discussão, onde foi explicada a forma das escolhas das questões. E por último, vem as considerações finais, referências e os apêndices.

2

LEITE MATERNO



CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE
ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

2023

O LM é considerado o melhor nutriente para o Recém-Nascido (RN), sendo considerado um alimento completo, pois mesmo a alimentação sendo distinta entre as pessoas, ele apresenta composições semelhantes entre as mães que amamentam no mundo (BRASIL, 2015).

Segundo Esteves et al. (2015, p. 2391) “O aleitamento materno é considerado uma estratégia-chave para a sobrevivência infantil”. Amamentar não se limita apenas na nutrição da criança. Esta ação, envolve um elo profundo entre a mãe e seu filho, que pode interferir no estado nutricional, o que gera benefícios para ambos. Além de ser considerado um alimento completo, o LM ajuda na saúde física e mental da criança, por isso se torna um elemento fundamental para o desenvolvimento de cada pessoa (GRANDO; ZUSE, 2011).

Apesar de todos os benefícios proporcionados pelo LM, de acordo com os autores Almeida, Luz e Ued (2015) o desmame precoce é evidente entre os brasileiros, este fato, gerou um aumento de propagandas com a intenção de promover o AM, para que ele seja estimulado entre as famílias. O desenvolvimento desses atos, deu-se por meio dos profissionais dos serviços de saúde, e órgãos governamentais.

2.1 Breve relato histórico

O cuidado existente com a amamentação na saúde pública não é um acontecimento recente. O Código de Hamurabi expõe descrições em detalhes sobre o assunto. Ele é um dos primeiros registros encontrados, criado em torno de 1800 a.C. Na Grécia, por volta de 460 a 370 a.C., Hipócrates, percebeu que o índice de mortalidade era reduzido entre as crianças que eram amamentadas com leite humano, por ser uma dieta higiênica. (LINHARES; PONTES; OSÓRIO, 2014).

O AM chegou com os portugueses no Brasil, mas a amamentação já era realizada naturalmente entre as índias, e este ato chamou a atenção de Pero Vaz de Caminha, que em uma carta escrita para o rei de Portugal, relatou tamanha estranheza, porque naquela época, este ato era considerado impróprio para ser realizado por uma dama na sociedade Européia. O cenário da amamentação começou a mudar no século XIX, com os avanços da medicina e o apoio do Estado nas ações médicas. A amamentação antes vista como desprezível, começou a ser forçada de forma autoritária, culpando a mulher, caso o aleitamento não tivesse êxito. Com isso, a criança passou a ter valor político-social e as mulheres transformaram-se em aliadas no avanço do Estado burguês brasileiro (ALMEIDA, 2002 apud SANTOS, 2013).

Na segunda metade do século XX, era comum no Brasil, as publicações em jornais, com anúncios de amas-de-leite, conhecidas como “mãe preta”. Quando possuíam filhos pequenos, elas eram vendidas ou alugadas para que pudessem amamentar os filhos dos nobres, isso era uma prática frequente das senhoras de elite da época (Figura 1). Quando a escravidão terminou, esta prática não acabou, pois, as amas-de-leite a viam como uma forma de sustento para o seu lar (REGO, 2002).

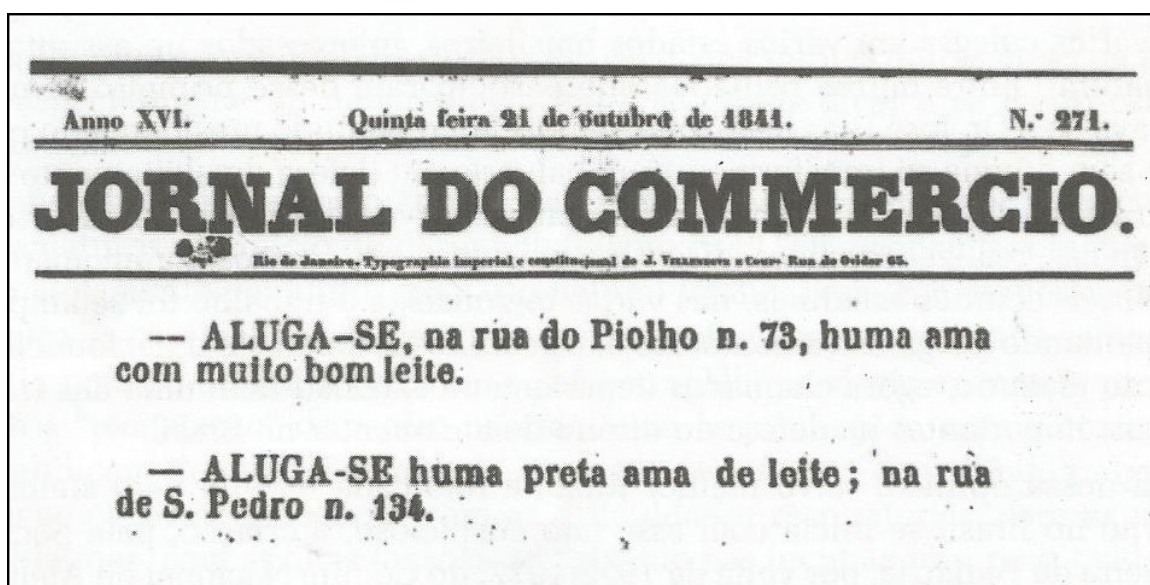


Figura 1 – Anúncio, no Jornal do Commercio de 21/10/1841, de aluguel de ama-de-leite.

Fonte: REGO (2002).

No ano de 1990 a OMS e UNICEF criaram a iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), onde foi lançado “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, com o intuito de promover apoio e proteção ao LM. Até 2011 foram mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo a aderirem a esses critérios, incluindo o Brasil. Além disso, no Brasil ainda é seguida a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Os dez passos além de ser essencial para o hospital, é útil para qualificar o profissional que trabalha em unidades hospitalares para que possa instruir melhor as famílias sobre o uso de LM (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2011), os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno são:

1. A maternidade deve possuir de forma escrita uma política de AM, para ser repassada para toda equipe de cuidados da saúde.
2. Toda a equipe de saúde deve ser capacitada sobre as praticas adequadas, para que se implemente essa política.
3. Todas as gestantes devem ser instruídas sobre as vantagens e o manejo do LM.
4. Os profissionais devem auxiliar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento.
5. Os profissionais devem orientar e mostrar às genitoras a forma correta de amamentar e como elas devem manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos.
6. Não devem ser ofertados aos RNs bebidas ou alimentos além do LM, com exceção de alguma indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. O LM deve ser incentivado a ser oferecido sob livre demanda.
9. Não se deve ofertar bicos artificiais ou chupetas aos lactentes.
10. Criar grupos de apoio para a amamentação e direcionar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Atualmente o aleitamento é uma estratégia de prevenção a morbidade e a mortalidade da criança, além de proporcionar o bem-estar físico, mental e psíquico da mãe e do seu filho (ESTEVES, 2015).

2.2 Aspectos fisiológicos da amamentação

Durante a gestação o corpo da mulher prepara-se para amamentar, com a ajuda de vários hormônios. Cada mama feminina (na fase adulta), possui um conjunto de lobos mamários (entre 15 e 25), que são glândulas túbulo-alveolares compostas por 20 a 40 lóbulos, construídos por alvéolos (10 a 100). Os alvéolos são envolvidos por células denominadas mioepiteliais e, junto dos lobos mamários, estão os vasos sanguíneos e diferentes tecidos, como o adiposo, nervoso e linfático. (BRASIL, 2015)

Na parte externa a mama é coberta pela pele e no centro fica o mamilo. Quanto à sua forma o mamilo pode ter aparências distintas, como o protuso (Figura 2 – A), que é considerado normal por sua aparência bem definida, em um plano diferente da auréola. No semiprotuso (Figura 2 – B), o mamilo está quase junto a aréola, pouco elevado. O investido ou umbilicado (Figura 2 – C) é classificado como malformado por ser o oposto do mamilo normal, e mesmo com estímulos não altera sua forma. Já no pseudo-invertido ou pseudo-umbilicado (Figura 2 – D) sua aparência é igual ao anterior, porém, ao ser estimulado volta-se com dificuldade para o exterior e depois toma sua forma de origem (BARROS, 2006)

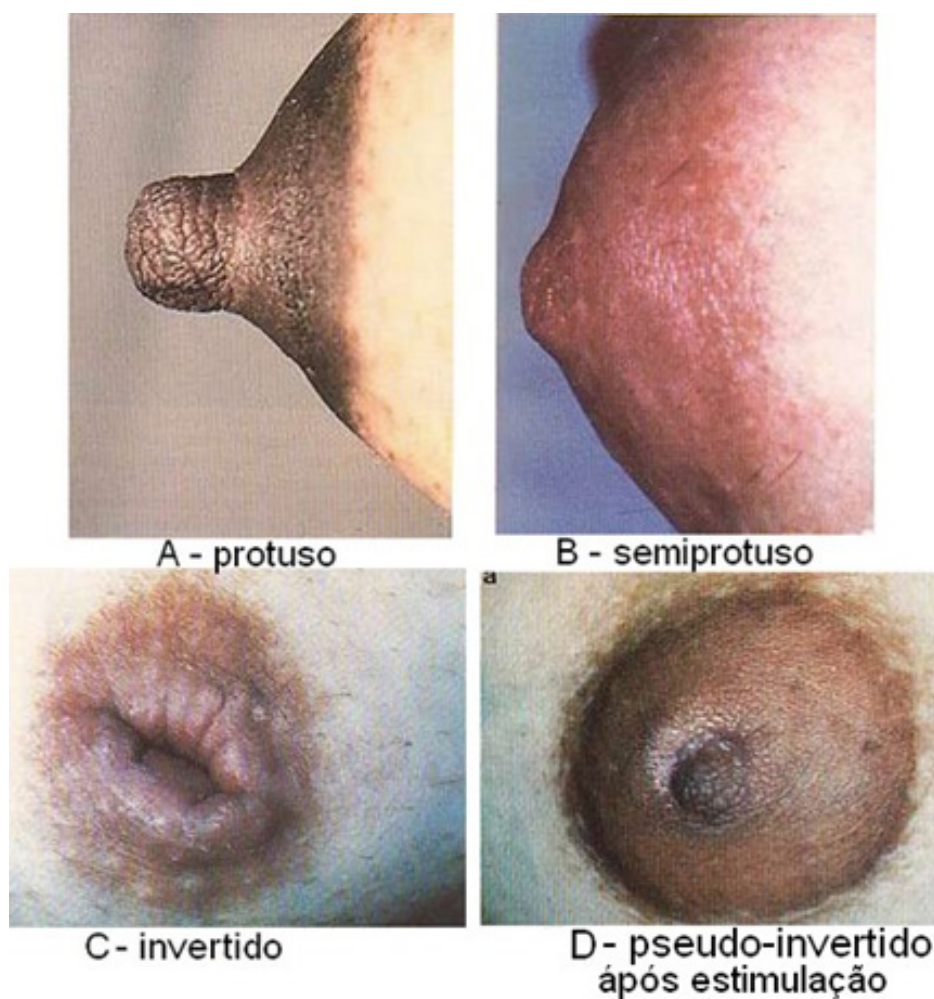


Figura 2 – Tipos de Mamilos

Fonte: Erica Pereira (2011)

O tamanho da mama não está diretamente ligado com a quantidade de leite que a mãe vai produzir. O aumento ocorre por conta dos hormônios estrogênio e progesterona, que fazem com que os lóbulos aumentem de tamanho durante a gestação, enquanto os ductos estão se proliferando e se diferenciando (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

O estrogênio e o progestogênio se desenvolvem na primeira metade da gestação. Tais hormônios são essenciais para a produção do leite, o primeiro é encarregado pela ramificação dos ductos lactíferos e o segundo pela produção dos lóbulos (BRASIL, 2015).

Como elucidada Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p. 560) “em torno da 16ª semana de gestação, os alvéolos começam a produzir colostro (leite inicial) em resposta ao lactogênio placentário humano”.

Ao gerar seu filho, e após a retirada da placenta, os níveis de estrogênio e progesterona da mulher caem, a hipófise anterior libera um hormônio chamado prolactina, que tem como principal função secretar o leite, que vai ser produzido conforme demanda (FIGURA 3 - A), ou seja, quando mais a mama é esvaziada mais a produção cresce. Outro hormônio essencial para a lactação é a ocitocina, produzida pela hipófise posterior por ordem do hipotálamo. Sua função é responsável pela descida do leite (FIGURA 3 - B), e é produzido através do estímulo da sucção (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

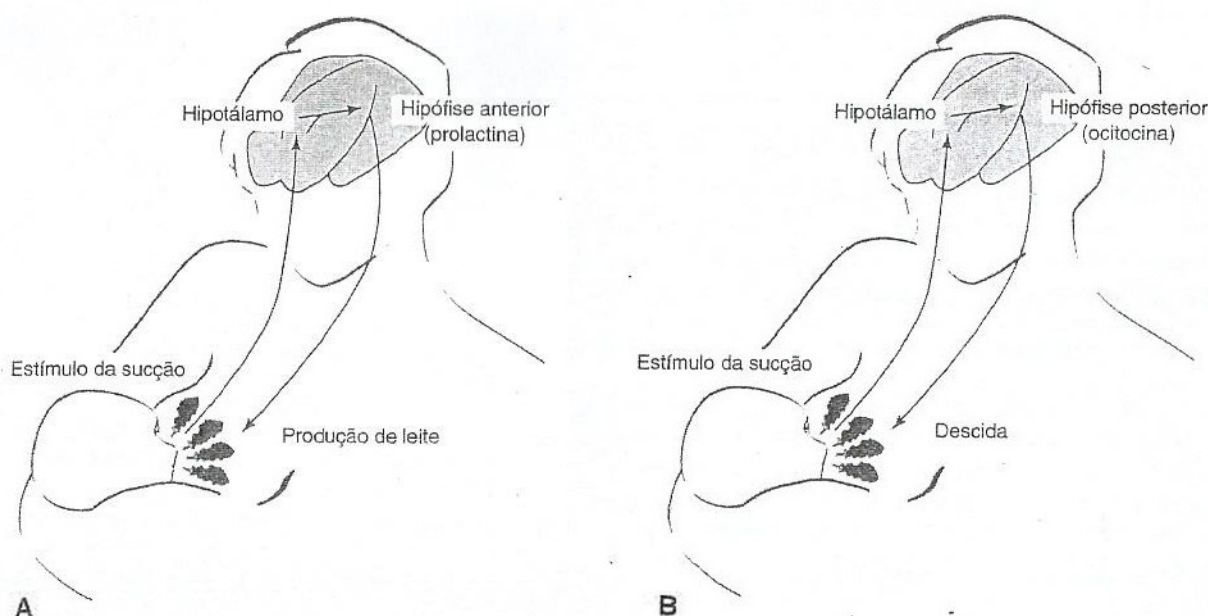


Figura 3 – Reflexos maternos de amamentação. A, produção do leite. B, descida.

Fonte: LOWDERMILK; PERRY; BOBAK (2002).

A produção do leite é impulsionada principalmente pela “descida do leite” e por hormônios (prolactina e ocitocina), e depende tanto da sucção do bebê como do esvaziamento da mama. E o volume do leite produzido vai depender da quantidade que a criança absorve e também da frequência que ocorrem as mamadas. Inicialmente o leite é chamado de colostro (figura 4), contendo mais proteínas que gorduras, e a partir do sétimo dia pós-parto ele passa a ser chamado de leite maduro (figura 4). A gordura aumenta no decorrer da mamada, por isso o leite, ao final, sacia melhor a criança por ser rico em energia (calorias), sendo assim, é de extrema importância que a criança esvazie a mama (BRASIL, 2015).



Figura 4 – Definição do Leite Materno

Fonte: Isabella Moretti (2016)

O psicológico da mãe age diretamente no reflexo da “descida do leite”, pois o estresse e alterações emocionais têm poder de inibição dessa descida. O esvaziamento das mamas deve ser constante para que não ocorra o acúmulo nos ductos, o que pode comprimir os alvéolos mamários, interrompendo o processo secretor (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

Um fator importante a ser relatado é o vínculo mãe-filho, a separação de ambos prejudica essa ligação entre eles, o que é um fator muito importante uma amamentação bem-sucedida. Entre outros fatores críticos encontrados, estão: o estado físico, os hábitos da maternidade e os conhecimentos insuficientes dos próprios profissionais de saúde sobre o assunto, o que vai influenciar negativamente no resultado inicial e final da amamentação, o que muitas vezes propicia o desmame dentro do ambiente hospitalar (COUTINHO, KAISER, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), no planejamento alimentar necessário para a criança, deve ser levado em conta as limitações fisiológicas do organismo dos lactentes. Nos primeiros meses de vida do bebê, alguns órgãos e sistemas estão em fase de maturação, são eles: o trato gastrointestinal, os rins, o fígado e o sistema imunológico. Por isso, a amamentação vai além da nutrição, e proteção da criança. Ela promove a maturidade do sistema imunológico, digestório e neurológico (SBP, 2012).

2.3. Vantagens do aleitamento materno

A enfermeira tem um papel fundamental na orientação, apoio e incentivo à mãe que amamenta. Por ser rico em cálcio, ferro e sais minerais, o LM é essencial para a sobrevivência dos bebês. Portanto, as orientações devem ser iniciadas a partir do pré-natal, orientando a gestante sobre todos os benefícios que o LM pode trazer para ela e seu filho (a) (SOUZA, 2014).

Em países como o Brasil que estão em desenvolvimento, tem como uma de suas metas, assegurar a saúde infantil, por conta da mortalidade infantil, que é um problema para a saúde pública, e melhoria da saúde infantil. O LM beneficia a criança por oferecer princípios nutricionais, imunológicos, psicológicos, CD necessários para o primeiro ano de vida de uma pessoa, que é uma idade em que a criança está exposta e frágil, sendo prejudicial para sua saúde (ABDALLA, 2011).

Com diversos benefícios, o AME é muito mais do que apenas a nutrição para o bebê, é algo fundamental para o desenvolvimento da saúde mental, física e funcional da criança, e como existe um profundo laço entre a mãe e seu filho, o ato de amamentar trás benefícios para ambos (GRANDO; ZUSE, 2011).

Os bebês necessitam dos adultos para que desempenhem as funções que o útero lhe oferecia: proteção, calor e nutrição. Sendo este último o mais importante para a espécie humana. O LM segue do seio para a boca do bebê, dessa forma dificulta a contaminação, diferente do leite de vaca que por uma má utilização da mamadeira, do bico, forma errada de extração ou armazenamento pode ser contaminado por bactérias, o que pode acabar causando a morte de uma criança (LANA, 2001).

O ato de amamentar é algo que se aprende, e existe diferentes motivos que favorecem para que este ato seja praticado ou não. As dúvidas, as experiências negativas, e até mesmo a falta de apoio podem ser incluídos como exemplos. Por isso, é imprescindível que ocorra o acompanhamento de um profissional para que desde o início da gestação haja o esclarecimento das dúvidas, preocupações e ansiedade que a mãe ou o parceiro carrega, com intenção de dar conforto e tranquilidade aos pais, a fim de assegurar o melhor cuidado de seus filhos (GRANDO; ZUSE, 2011).

Embora com algumas exceções o LM é apropriado para quase todos os RN's, trazendo vantagens tanto para a mãe/cuidador como para o bebê. Entre os benefícios para a criança encontram-se a prevenção contra diabetes, linfomas, alergias, infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias. Para a mãe que amamenta seu filho o risco de câncer de mama é reduzido e na maioria dos casos evita uma nova gravidez, além de ser um método mais barato e segura para a alimentação infantil (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

Os profissionais de saúde devem estar preparados para dar assistência nesse processo de amamentação, devendo ter habilidades clínicas e de aconselhamentos. No acompanhamento desde o pré-natal, a mãe deve obter conhecimentos sobre as vantagens, o manejo da amamentação e as desvantagens de um desmame precoce. Essas informações não devem se limitar apenas as mães, devem chegar até aqueles que convivem diariamente com a criança, pois a mesma vai precisar de total apoio, principalmente do seu parceiro, pois quando todos eles têm conhecimento sobre os benefícios que trás o AM, tornam-se capazes de incentivar as mulheres. (RÊGO; TRINDADE; MELO, 2010; SOUTO et al., 2014).

2.3.1 Os benefícios da amamentação para a saúde da criança

Com seus vários benefícios, o leite humano previne contra infecções, e dessa forma ocorre a redução de mortes entre as crianças que são amamentadas, diminuindo o índice de mortalidade infantil. Quanto mais nova é a criança, maior é a proteção do leite. Por isso, em crianças que não são amamentadas, e tem idade inferior a dois meses o índice de doenças infecciosas é maior (BRASIL, 2015).

O LM pode ser compreendido como prático, já que o mesmo não precisa ser preparado, a mãe pode oferecer ao filho no momento em que quiser, e o mesmo está sempre na temperatura ideal para a criança, e do ponto de vista microbiológico ele é considerado seguro. Por ser adquirido de forma natural, o consumidor o recebe gratuitamente, deste modo, a prática de amamentar irá trazer benefícios econômicos para a família (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

Segundo o Manual de Aleitamento Materno da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia (FEBRASGO) (2015), o leite humano diminui os índices de



crianças com alergias em geral, asma brônquica, aterosclerose e doenças cardiovasculares, além de colite ulcerativa, dermatite atópica, desnutrição, diabetes mellitus e doenças gastrointestinais, além da melhora nos índices de acuidade visual, desenvolvimento cognitivo, neuromotor, social e quociente intelectual.

No AME a proteção contra a diarreia é maior, especialmente em crianças pobres, quando o aleitamento deixa de ser exclusivo, diminui essa proteção. O LM também influencia na gravidade desta patologia, a desidratação e casos com mortes são maiores em crianças não amamentadas. Outra importante proteção é contra as infecções respiratórias, e seu índice também é menor em crianças com AME (BRASIL, 2015).

Segundo Accioly, Saunders e Lacerda (2009, p.288), “o aleitamento materno apresenta vantagens psicológicas, favorecendo o desenvolvimento de laços emocionais mais fortes entre a mãe e filho”. Outra vantagem fisiológica do LM está relacionada à fácil digestão para as crianças, e ele pode ser ofertado tanto para prematuros como para os RNs de baixo peso. Além de ser um forte aliado contra a obesidade, favorecendo a perda gradual de peso até a fase adulta (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

Além disso, outros benefícios foram citados pelo MS que podem ser encontrados com o AME, como o baixo risco de hipertensão, colesterol e diabetes. Neste último citado o benefício também é para a mãe, com uma redução de 0,15% para cada ano que ela amamenta. E trás efeitos positivos na inteligência contribuindo para o desenvolvimento cognitivo e melhora o desenvolvimento da cavidade bucal, devido ao movimento que a criança faz para a retirada do leite (BRASIL, 2015).

2.3.2 Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher

No pós-parto imediato a amamentação ajuda na expulsão da placenta, além de promover a involução uterina e diminuir os riscos de hemorragia. O risco de anemia por perda sanguínea diminui, antecipa a apojadura, ou seja, a primeira descida do leite, além disto, o elo entre mãe e filho aumenta (AZEVEDO, 2013).

Nessa perspectiva Thompson e Ashwill (1996) alerta, “à medida que a criança mama, o útero contrai-se, apressando desta maneira sua volta ao tamanho e formato normais”. Desta forma, o LM favorece para que, a genitora fique emocionalmente satisfeita, e a ligação entre mãe e filho apenas aumente (THOMPSON; ASHWILL, 1996).

Durante e após, a amamentação continua a trazer benefícios, como por exemplo: de acordo com o MS, ela tem 98% de chance de evitar uma nova gravidez, nos primeiros seis meses, funcionando como um anticoncepcional. Outro fato importante a ser destacado, é a melhora na qualidade de vida da família, pois, as crianças adoecem menos, a família tem menos gastos com medicamentos, hospitalização, o que ocasiona na diminuição das faltas ao trabalho dos pais e situações estressantes (BRASIL, 2015).

A amamentação exclusiva é necessária até os seis meses, dando início a AC para que as necessidades nutricionais da criança sejam atingidas. Devendo manter a amamentação pelo menos até o segundo ano de vida da criança. Durante a amamentação ocorre um vínculo profundo entre a mãe/cuidador, o que traz benefícios para ambos, pois essa interação vai impactar diretamente no relacionamento e em como a criança vai lidar com os alimentos que lhe são ofertados (SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016).

2.4 Contraindicações do aleitamento materno

O AM pode ser contraindicado em mães que não são saudáveis, tanto física como mentalmente. E as mães que não querem amamentar, não podem ser obrigadas, o motivo pessoal da mulher deve ser respeitado (THOMPSON; ASHWILL, 1996).

Existem situações em que é necessária a restrição ao LM, podendo ser temporária ou definitiva. No caso da restrição definitiva são mães infectadas pelo HIV (do inglês *Human Immunodeficiency Virus*), HTLV1 (do inglês *Human T-cell Lymphotropic virus*) e HTLV2, e quando elas fazem o uso de medicamentos que sejam incompatíveis com a amamentação, ou quando o bebê é portador de galactosemia. No caso da restrição temporária são as mães com infecção hepática, varicela, doença de Chagas e consumo de drogas de abuso, é de extrema importância o estímulo a ordenhas frequentes até o retorno da amamentação (BRASIL, 2015).



3

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR



CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE
ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

2023

“Alimentação complementar é definida como oferta de alimentos à criança que recebe leite materno, processo iniciado quando a amamentação exclusiva não é capaz mais de suprir as necessidades nutricionais da criança” (ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2009, p. 303).

A mesma definição é utilizada pelos autores Dias, Freire e Franceschini (2010) que descrevem a AC como os alimentos sólidos ou semi-sólidos que são ofertados a criança quando ela ainda faz uso do LM.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que, o LM será útil para o aumento da consistência energética da alimentação consumida pela criança, elevando o seu aporte de micronutrientes. A iniciação destes alimentos sólidos ou semi-sólidos, é uma etapa complicada que pode desencadear o déficit nutricional e as doenças. Esta introdução é um recurso que abrange diferentes fatores, como biológicos, culturais, sociais e econômicos, que acabam sendo prejudiciais para a circunstância nutricional da criança (SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010).

Nesse contexto, cabe a contribuição de Araújo (2012), que descreve que ao completar seis meses de idade, deve ser integrada a AC para a criança, mas é muito importante que o LM continue sendo de livre demanda até o segundo ano de vida. Os alimentos fornecidos devem ser ricos em micronutrientes, energia, fibras vegetais, e isentos de produtos químicos prejudiciais à saúde da criança, além de ser de fácil consumo.

Apesar do início da ingestão de alimentos pastosos, o leite humano continua sendo essencial para a nutrição da criança. Entre 6 a 12 meses, ele pode fornecer metade da energia necessária para o desenvolvimento infantil e de 12 à 24 meses esse fornecimento de nutrientes pode atingir 1/3 (BRASIL, 2015).

Quando a AC é iniciada antes do tempo determinado pelo MS e OMS, a criança pode ficar com a imunidade baixa, sendo mais suscetível a enfermidades como a diarreias, infecções e desnutrição. Como consequência da falta de nutrição adequada, pode ocorrer o acréscimo na morbimortalidade e um retardo no desenvolvimento mental e motor da criança (SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010).

De acordo com Brasil (2015), após os seis meses a criança se adapta física e fisiologicamente para uma digestão diferenciada, pois possui um grau de tolerância gastrointestinal. Crianças com menos de seis meses que são alimentadas exclusivamente com LM desenvolvem o autocontrole de ingestão mais cedo, aprendendo então a diferenciar as sensações de fome, durante o jejum e de saciedade, após se alimentarem.

As mães ao selecionar os alimentos que devem ser ofertados ao seu filho no início da alimentação complementar, se guiam através dos aspectos culturais, sociais e conhecimentos vivenciados durante o dia-a-dia. E ainda, existe as informações fornecidas através dos meios de comunicação, através de propagandas de alimentos que garantem serem nutricionalmente adequados, com vitaminas, minerais e energia. Todavia, alimentos ultra-processados, devem ser descartados da alimentação com ingredientes como conservantes, corantes, acidulantes, pois tem efeito negativo para a saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Ainda convém lembrar que, todos esses aspectos citados anteriormente devem ser analisados, e adaptados para os alimentos da região de cada família (frutas da época, preços), além dos hábitos alimentares e os costumes da população que está sendo atendida. Saber a condição econômica da família, é essencial para que o profissional oriente adequadamente sobre a alimentação do lactente (BARBOSA et al., 2007).

É importante enfatizar que a alimentação é satisfatória quando forem oferecidos



alimentos que sejam apropriados para a criança, e ofertado o LM em livre demanda, onde um completa o outro após os seis meses. Em casos de alergias no histórico familiar, é importante que a criança evite determinados alimentos, como: castanhas, ovos, peixes e glúten (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Diante da importância deste conhecimento, Brasil (2014) publicou um guia alimentar com os 10 passos para a alimentação saudável, sendo listados abaixo:

- Não é necessária a introdução de alimentos como água e chá. O LM tem que ser exclusivo até os seis meses;
- Ao completar seis meses, a criança pode ingerir novos alimentos, entretanto, eles devem ser adicionados lentamente. E a amamentação deve ter continuidade até os dois anos;
- A indicação ao lactente aos seis meses, é que deve começar a alimentar-se de: cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes três vezes ao dia;
- As refeições complementares da criança devem ser junto da família, respeitando sempre o horário de fome da criança;
- A complementação alimentar deve ser ofertada na consistência pastosa, com a colher, até que possa expandir para chegar na alimentação do ambiente familiar;
- Durante o dia a dia a criança deve consumir alimentos coloridos e diferenciados;
- A criança deve ser habituada a experimentar sabores novos, em especial frutas, verduras e legumes;
- Para as crianças, a ingestão de açúcar, café, comidas enlatadas, frituras, refrigerantes, bombons, salgadinho e outras guloseimas, e o sal devem ser introduzidos com moderação;
- Os alimentos têm que estar bem limpos e armazenados em local apropriado;
- Em casos de patologias, a alimentação deve ser estimulada, respeitando sempre a vontade da criança.

A partir do nascimento, a alimentação é influenciada através de fatores culturais e psicossociais, pelo processo de aprendizagem. A criança começa a definir seu gosto e as preferências por determinados alimentos vão surgindo com o tempo, é normal a rejeição por alimentos desconhecidos, que é denominada como neofobia alimentar. Para favorecer a aceitação por diferentes tipos de alimentos, é necessária a oferta em tempo oportuno e preferencialmente no primeiro ano de vida (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

É indispensável o contato entre os pais/cuidadores e a criança. Eles devem fazer com que a alimentação seja um momento agradável e está sempre atento aos sinais transmitidos pela criança como os de fome e saciedade, pois não é apenas o que a criança come que é importante, mas também como é alimentada, o lugar, quando e quem a alimenta (SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016).

A AC é denominada de transição quando for especificamente preparada para a criança, até receber a alimentação com a mesma consistência da alimentação família (isso ocorre em torno dos 9-11 meses). A alimentação da família deve ser ofertada inicialmente em forma de papa, e entre 9 aos 11 meses em pequenos pedaços, quando a criança fizer um ano, a alimentação pode ser da mesma consistência consumida pela família. Neste momento, é fundamental que um profissional de saúde, qualificado, possa avaliar a qualidade dos alimentos consumidos pela família (SBP, 2012).

Na figura a seguir, pode ser vista a proposta do MS do esquema de alimentação complementar. A Figura 5 funciona como um guia para as mães para a introdução de alimentos dos seis aos 24 meses de idade, mesmo que o AM continue sendo a livre demanda. Ao completar seis meses, a criança deve receber três refeições diariamente (duas papas de fruta, e uma papa salgada/comida de panela), aos sete meses deve ser introduzida a segunda papa salgada, respeitando a evolução da criança, e nesta fase já podem ser adicionados arroz, feijão, carne, legumes e verduras. Ao completar um ano, a criança pode receber cinco refeições diárias no mínimo, e deve se adaptar a novos sabores e texturas nessa fase.

Ao completar seis meses	Ao completar sete meses	Ao completar 12 meses até 24 meses
Leite materno à demanda	Leite materno à demanda	Leite materno à demanda
Fruta (raspada\amassada) ¹ + Refeição almoço ² (amassada) + Fruta ¹	Fruta (raspada\amassada) ³ + Refeição almoço ² (amassada\em pedaços pequenos e bem cozidos) + Fruta(raspada\amassada\em pedaços bem pequenos) ¹ + Refeição jantar ² (amassada\em pedaços pequenos e bem cozidos)	Fruta ou Cereal ou Tubérculo + Fruta (em pedaços) ¹ + Refeição da família ² (almoço) + Fruta (em pedaços) ¹ + Refeição da família ² (jantar)

Figura 5 – Esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade que estão em aleitamento materno

Fonte: BRASIL (2015)

As frutas devem ser ofertadas após seis meses, e sempre amassadas ou raspadas, oferecidas às colheradas. Quando os dentes começarem a aparecer, a introdução pode ser em pequenos pedaços ou inteira, de acordo com a idade. A variação alimentar evita a monotonia alimentar, além de contribuir para os bons hábitos alimentares. Não deve ser ofertado em nenhum momento alimentos que sejam liquidificados ou peneirados. Aos seis meses os alimentos devem ser bem amassados com garfos, com uma consistência de papa ou purê. Já aos oitos meses os alimentos podem ser picados ou oferecidos em pedaços pequenos, e com um ano, podem ser oferecidos alimentos com a consistência de adultos, desde que saudáveis (Figura 6) (BRASIL, 2015).

Idade	Textura	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos cortados ou levemente amassados	¾ de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos cortados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Figura 6 – Idade, textura e quantidade aproximada recomendada

Fonte: BRASIL (2015)

É importante ressaltar que as frutas, devem ser ofertadas preferencialmente in natura. Mesmo que o suco seja natural, deve ser evitado. Contudo, caso a família queira ofertar suco à criança, este deve ser consumido até 100mL/dia, após o consumo das refeições principais, e em nenhum momento em substituição a elas. O intuito é ajudar na absorção do ferro não heme, pode ser encontrado em leguminosas (feijão) e verduras de folhas verde-escuras. As frutas utilizadas para o consumo da criança, devem ser as características de cada região, com baixo custo, devendo ser avaliada a estação do ano e a presença de fibras (SBP, 2012).

Os alimentos industrializados devem ser evitados, principalmente os que vem pré-prontos, como no caso dos refrigerantes, chás, e muitos outros. No primeiro ano de vida não é aconselhável a introdução de mel e da água de coco. Neste último, não deve ser ofertado, porque o valor calórico é baixo, além disso contém sódio e potássio (SBP, 2012).

3.1 Alimentação para crianças não amamentadas

Ter uma alimentação saudável é muito importante na infância, principalmente nos primeiros meses devido ao CD da criança, por isso, nesta fase a quantidade e a qualidade dos alimentos é tão importante. Porém, nem sempre as crianças podem ser amamentadas, e quando ocorre essa situação, a alimentação se torna ainda mais importante, para que possa suprir todas as necessidades que não foram supridas pela ausência do LM (PARÁ, 2009).

Ao longo da história da humanidade, os avanços tecnológicos da indústria de alimentos foi modificando as práticas de alimentação infantil, podendo ser cuidados como exemplos, a duração da amamentação, a utilização de alimentos complementares e o uso de fórmulas lácteas. Esses avanços têm produzido as fórmulas com semelhanças nutricionais ao leite humano, mas, estão gerando consequências negativas à saúde da criança, tais como: refluxo gastroesofágico, deficiência de ferro e sobrecarga de sódio (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

Os acontecimentos que podem ser encontrados comumente como a anemia, o excesso de peso e a desnutrição, estão ligados a AC ofertada de forma inadequada. Mas a complementação tem como função oferecer energia e micronutrientes que a criança precisa para seu CD de forma saudável (SANTOS et al., 2010).

Segundo Santos et al. (2010), na região Nordeste, a AC é inadequada, devido a oferta de alimento de baixo teor energético às crianças. As diluições inadequadas (leite de vaca em pó e *in natura*), os preparos alimentares muitas vezes líquidos e diluídos (caldos de arroz, feijão, vegetais ou legumes). O uso de frutas e vegetais é pouco utilizado, a dieta não é variada, e as vitaminas e sais minerais são pobremente utilizados, não explorando as variações alimentares da região.

A utilização de fórmula infantil, deve satisfazer as necessidades do lactente, de acordo com o que é recomendado pelas sociedades científicas nacionais e internacionais como SBP, The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) e American Academy of Pediatrics (AAP). Todas as fórmulas infantis que estão disponíveis no Brasil são consideradas seguras, porque estão seguindo as resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA; RDC nº 43 e 44/2011), a resolução mais recente foi em 19 de setembro de 2011 (SBP, 2012).

São inúmeras as fórmulas infantis que foram desenvolvidas e adaptadas nas últimas décadas, de acordo com às necessidades infantis. Porém, mudanças de açúcares, gorduras e proteínas foram elaboradas, assim como alterações aporte calórico e a adição de princípios ativos similares ao do leite de origem humana. Apesar de ser incomparável ao LM, a fórmula infantil representa um avanço, quando comparada ao uso do leite de vaca integral (SARUBBI JUNIOR et al., 2017).

Quando a criança é alimentada com a fórmula láctea, a AC deve ser iniciada a partir dos seis meses de vida (Figura 7), e a orientação sobre a oferta é a mesma para as crianças que foram amamentadas com o LM (SBP, 2012).

As refeições lácteas devem ser oferecidas preferencialmente em copos e xícaras, pois são mais fáceis de realizar a higienização e gera economia para a família. As mamadeiras são uma grande fonte de contaminação, o que aumenta o risco de infecções e diarreias. O seu uso também está associado ao desmame precoce, além de problemas orofaciais, de fala e dentição. Contudo, caso a sua eliminação não seja possível, bicos e chupetas devem ser fervidos por 20 minutos no mínimo, e esse ato deve ser repetido ao menos diariamente (BRASIL, 2015).

Nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses	
Alimentação láctea	Alimentação láctea	Alimentação láctea	Alimentação láctea	
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta	
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família	
	Papa de fruta Alimentação láctea	Papa de fruta Alimentação láctea	Frutas ou cereal ou tubérculo ou cereal Alimentação láctea	
	Alimentação láctea	Alimentação láctea	Papa salgada	Refeição básica da família
			Alimentação láctea	Alimentação láctea

Figura 7 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas e alimentadas com fórmula infantil

Fonte: BRASIL (2015)

De acordo com Bortolini et al. (2013), a adição precoce de leite de vaca está ligada ao baixo nível de escolaridade, e a renda familiar baixa. O consumo desse leite é comum em crianças maiores de doze meses, nas regiões Norte e Nordeste.

Quando não existe a possibilidade de ser oferecida a fórmula láctea à criança, o leite integral pode ser utilizado, porém, deve ser realizada a diluição correta em cada fase da criança (FIGURA 8) (PARÁ, 2009).

Diluição correta do leite integral para crianças do nascimento até os 04 meses de idade	
volume de leite total	quantidade de leite em pó
100 ml	1 colher de sobremesa rasa (corresponde a 10 gramas)
150 ml	1 ½ colher de sobremesa rasa (corresponde a 15 gramas)
200 ml	2 colheres de sobremesa rasas (corresponde a 20 gramas)
250 ml	2 ½ colheres de sobremesa rasas (corresponde a 25 gramas)

Diluição correta do leite integral para crianças acima de 04 meses de idade	
volume de leite total	quantidade de leite em pó
100 ml	1 colher de sopa rasa (corresponde a 15 gramas)
150 ml	1 ½ colher de sopa rasa (corresponde a 22,5 gramas)
200 ml	2 colheres de sopa rasas (corresponde a 30 gramas)
250 ml	2 ½ colheres de sopa rasas (corresponde a 37,5 gramas)

Figura 8 – Esquema de diluição de acordo com a faixa etária

Fonte: PARÁ (2009).

Por ser um alimento muito diferente do leite humano, o leite de vaca é considerado um produto muito alergênico, e a AC deve ser iniciada aos quatro meses (Figura 9), para poder suprir as necessidades nutricionais (BRASIL, 2015). O leite integral faz a criança desenvolver alergia à proteína do leite de vaca, além das inadequações de nutrientes, e quando é constatada essa alergia, a utilização de fórmulas derivadas do leite de soja, aparecem como última opção. O excesso de sódio e o sobrepeso, são outros fatores prejudiciais decorrentes do leite de vaca (SARUBBI JUNIOR, 2017).

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Refeição básica da família (bem cozido ou em pedaços pequenos e macios)	Refeição básica da família
	Papa de fruta Leite	Fruta Leite	Frutas ou cereal ou tubérculo ou cereal Leite
	Papa salgada	Refeição básica da família (bem cozido ou em pedaços pequenos e macios)	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Figura 9 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas e amamentadas e alimentadas com leite de vaca

Fonte: BRASIL (2015)

A higienização dos alimentos complementares é de suprema importância para a nutrição infantil, devido ao fato da alimentação estar relacionada aos episódios de diarreias nas crianças. Por isso, primeiramente deve ser realizada a higienização das mãos, com sabão, antes de realizar qualquer preparo; os alimentos devem ser consumidos frescos; os que são crus devem ser bem limpos; e guardados os alimentos perecíveis na geladeira; cozinhar bem os alimentos; quando não for possível levar o alimento preparado à geladeira, este deve ser ofertado à criança em até duas horas (VIEIRA et al., 2009).



4

ENFERMAGEM E A NUTRIÇÃO INFANTIL



CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE
ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

2023

A enfermagem é muito diversificada na abordagem de cuidados, e uma delas é a saúde da criança. O enfermeiro tem um papel importante nessa assistência, que se inicia na fase uterina, nas consultas de pré-natal, que através de exames físicos, permite ao enfermeiro condutas em relação ao CD do concepto. Em caso de alteração, essas condutas podem salvar a vida da mãe e da criança. Esses cuidados e outras atividades do enfermeiro continuam nos primeiros meses de vida da criança (MONTEIRO; CAETANO; ARAUJO, 2010).

Essa continuidade no acompanhamento do CD infantil é descrita por Gurgel et al. (2013), como uma atividade de baixa complexidade tecnológica e de grande eficiência, que se integra nas ações de saúde, direcionando-se para a redução de morbidade e mortalidade, promoção, prevenção e vigilância na saúde da criança.

Devido à vulnerabilidade da criança, é muito importante que haja uma assistência a sua saúde de qualidade, pois, por meio da consulta de puericultura, o que se espera é a redução do índice de patologias (CAMPOS et al., 2011).

A área da Puericultura “atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância, por meio de orientações antecipatórias aos riscos e de agravos à saúde” (CARVALHO; SARINHO, 2016, p. 4805).

O objetivo da consulta de enfermagem dispõe-se a executar uma assistência sistematizada de enfermagem, de modo global e individual, para constatar os problemas patológicos, realizando e analisando os cuidados que possam contribuir para a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo. Essa assistência sistematizada envolve várias ações como análise do histórico de enfermagem e exame físico, o diagnóstico e prescrição de enfermagem, além da avaliação da consulta (CAMPOS et al., 2011).

Desde a década de 70, na Conferência de Alma-Ata em 1978, que se recomenda o acompanhamento infantil. Em 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), foi formulado no Brasil um conjunto de ações básicas, com foco na prevenção. Uma dessas ações, estava o acompanhamento do CD infantil através da Caderneta de Saúde da Criança, que foi idealizada para atender as crianças com até dez anos (MONTEIRO et al., 2014).

A assistência sistematizada da enfermagem foi legalizada em 25 de junho de 1986, pela Lei nº 7.498/86 que “dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências”. Desde então, se abriu portas para portarias e resoluções de diferentes instâncias, como a do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com a Resolução CONFEN/159 de 1993 que dispõe sobre a consulta de enfermagem em todos os níveis assistenciais da saúde, tanto a privada como a pública, como competência do enfermeiro.

Como parte do acompanhamento do CD infantil na consulta de enfermagem, está a avaliação nutricional, que pode ser realizada pelo enfermeiro na atenção básica de saúde. O foco principal é avaliar o desenvolvimento e as proporções corporais de uma pessoa, ou até mesmo em uma comunidade. A fim de que a partir da consulta, possam ser identificadas possíveis respostas imunológicas, e montadas estratégias de intervenção (MONTEIRO; CAETANO; ARAUJO, 2010).

O enfermeiro também é importante nas consultas de pré-natal. Pereira et al. (2014), considera o enfermeiro como o profissional que mais se envolve com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, por ter uma grande importância nos programas de educação em saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que foi inserido no Sistema Único

de Saúde (SUS), para melhorar o acesso das famílias às ações de saúde.

No ESF recomenda-se o desenvolvimento de ações educativas para as mulheres, com o intuito de adquirir conhecimento e aconselhamento com relação ao seu corpo, e outros aspectos, como o AM, que deve ser orientado a partir do pré-natal, por conta dos vários motivos que levam ao desmame precoce, como o trabalho das mães fora de casa, o uso de bicos ou chupetas, a primiparidade, e os atendimentos puerperal que são realizados no serviço privado, e principalmente a introdução precoce de alimentos, além de outros. É de suma importância o incentivo do enfermeiro ao AME, os profissionais precisam ser sensibilizados para uma mudança de comportamento referente ao assunto (PEREIRA et al., 2014).

Algarves, Julião e Costa (2015) elucidam muito bem o pensamento acima quando dizem que o ESF é muito importante para a lactação, por influenciar a continuação do AM, e por geralmente serem profissionais que estão mais próximos da comunidade, podem trabalhar melhor na prevenção continuada do desmame precoce. Porém, não é suficiente a mulher/cuidador estar bem orientada sobre a importância do AME, é preciso que possa contar com apoio profissional habilitado para poder informar sobre o cuidado dos principais problemas que acontecem por conta da lactação e pedir ajuda. Mas, não é sempre que profissionais de saúde têm os conhecimentos e as habilidades que é preciso para administrar apropriadamente a diferentes situações que podem ser empecilho para a amamentação bem-sucedida.

Vale ressaltar que o tempo da consulta de enfermagem depende muito da demanda de cada paciente, na primeira consulta é preciso que seja realizado uma anamnese mais completa da criança, a partir das subsequentes o tempo diminui. Segundo Campos et al. (2011), a consulta de enfermagem se firma através do acompanhamento contínuo e sistemático das crianças, para que possa ser examinado o CD, avaliar o calendário vacinal, orientar sobre acidentes, AM, AC, higiene individual e do próprio ambiente em que o paciente vive e, caso seja identificado algum agravo, a consulta visa a intervenção imediata.

O profissional tem que ter uma boa comunicação com seus pacientes. Isso significa respeito pelos pensamentos, as crenças e a cultura. O profissional de saúde não pode impor o que acha que deve ser feito, ou forçar, para que faça o que quer. O enfermeiro, ou outro profissional, deve ser capaz de apenas instruir um paciente. Faz parte do trabalho ajudar a família e analisar a causa das dificuldades que possa ter, e dessa forma apresentar os meios para tais problemas possam ser resolvidos. Dessa forma ele estará ajudando o seu paciente. As habilidades da comunicação devem ser utilizadas para ouvir os pais e/ou cuidadores e saber sobre os conhecimentos deles em relação ao assunto, dar informações e aconselhar sobre mudanças, caso exista necessidade (BRASIL, 2013).

5

METODOLOGIA



CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE
ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

2023

5.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo e descritivo com o objetivo de criar um instrumento de avaliação do conhecimento das mães/cuidadores sobre alimentação no primeiro ano de vida, com acompanhantes de crianças assistidas em uma clínica particular do Município de São Luís- MA.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma clínica particular de pediatria em São Luís, que se localiza em um bairro considerado nobre da capital do Maranhão. A clínica a qual autorizou a realização da pesquisa possui atendimentos especializados de pediatria em geral, cardiologia, endocrinologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição pediátrica (APÊNDICE B).

5.3 População e Amostra

A população alvo foi mães/cuidadores de crianças maiores de 1 ano e menores de 2 anos, que esperam atendimento na clínica, que atende uma média de 150 crianças por semana, um total de 600 crianças mês. A amostra foi de 40 pessoas que se disponibilizaram a responder o questionário. Foi analisada a compreensão da pergunta, tempo de resposta e dificuldade na aceitação para responder. O critério de inclusão foi: mães que se disponibilizarem a responder o questionário entregue pelo entrevistador, antes do seu atendimento com os especialistas da clínica.

5.4 Coleta de Dados

O estudo é dividido em duas etapas: levantamento bibliográfico, construção e aplicação de um questionário modelo, para elaboração do instrumento de pesquisa. Durante o processo de coleta, houve doze visitas a clínica, com dias em que não houve pacientes com a faixa etária necessária para a pesquisa, e dias que se obteve uma coleta de no máximo quatro pacientes. Esse fato, foi o que mais dificultou no processo de coleta de dados, pois embora a clínica estivesse sempre muito cheia de pacientes, a faixa etária era muito diferenciada, com prevalência em crianças com menos de um ano, que já não se inclui nesta pesquisa. Foram utilizados para o levantamento bibliográfico artigos científicos nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Medline, Scielo publicados em português nos últimos 10 anos, bem como manuais do MS e livros de pediatria.

5.5 Análise de Dados

As mudanças no questionário, se iniciaram durante o processo de coleta de dados, pois à medida que uma mãe ou cuidador não entendia a pergunta, era anotado e passado para planilha, para que fossem feitas as devidas correções na questão, conforme as dificuldades encontradas. Os cuidadores são as pessoas que tem convívio direto com a criança e que conhecem os seus hábitos alimentares, como por exemplo: pai, babá, avó etc.

Entre as dificuldades, a “compreensão” da pergunta foi a que mais se sobressaiu, des-

ta forma, as perguntas foram sendo adaptadas para que ficassem mais curtas e com termos simples, de fácil entendimento. Com isso, o tempo de respostas diminuiu, assim como a dificuldade na aceitação para responder as perguntas.

5.6 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido ao comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Terezinha - CEST, e não foi encaminhado a Plataforma Brasil, pois os dados coletados não foram utilizados. Na pesquisa o que foi analisado foi a compreensão do questionário. Mas, todos os participantes foram esclarecidos do objetivo da pesquisa, e informadas que não haveria nenhum custo da sua participação e nem sofreriam nenhuma forma de constrangimento ou discriminação, podendo se retirar da pesquisa a qualquer momento sem comprometer-se, e seu nome permaneceria em sigilo, em conformidade com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE C).



6

ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS



Inicialmente, para se construir um questionário é necessário um bom levantamento bibliográfico, em busca das melhores definições, para que ele possa ser claro, nos objetivos a serem alcançados (NOBRE, 2012). Deste modo, todas as perguntas baseiam-se nos conceitos literários e nas recomendações de organizações com base científica, a partir das investigações sobre o tema do presente estudo.

A amostra final válida foi composta de 40 questionários, sendo que um total de 40 pessoas se disponibilizaram a participar da pesquisa, e no decorrer do estudo houve apenas uma recusa. A intenção da aplicação, era analisar a compreensão da pergunta, o tempo de resposta e a dificuldade na aceitação para responder, até chegar ao resultado final do questionário (APÊNDICE A), que ficou com 20 questões.

No início, o questionário seria respondido pelo próprio responsável da criança, porém, observamos que muitos dos responsáveis estavam na consulta sozinhos com crianças pequenas, o que impossibilitava escrever, com isso, foi percebida a necessidade do entrevistador.

Na fase de construção, como forma de melhor compreensão didática, o questionário foi dividido em três partes: perfil sociodemográfico, perguntas relacionadas ao AM e perguntas sobre alimentação complementar.

A primeira parte do questionário, contém cinco perguntas referente aos dados sociodemográficos, na seguinte ordem:

Tabela 1. Dados sociodemográficos – parte 1

QUESTÃO	PERGUNTA
01	Idade da criança?
02	Escolaridade da mãe/cuidador (a): () Ensino Básico () Ensino Médio () Ensino Superior
03	Profissão ou ocupação da mãe/cuidador?

Fonte: A autora (2017)

A primeira pergunta refere-se à idade da criança, e, é necessário para saber em que momento, as mães/cuidadores cometem mais erros na alimentação infantil, se durante o AME ou a AC.

A escolaridade, e a idade das mães/cuidadores, são extremamente importantes para a coleta de dados, pois, de acordo com os autores Monteschio, Gaíva e Moreira (2015), esses fatores estão diretamente ligados ao desmame precoce. Essa mesma idéia é defendida pelos autores Coutinho e Kaiser (2015), e ainda acrescentam o nível socioeconômico e a inserção no mercado de trabalho, que pode ser interpretado como o retorno ao trabalho.

O acréscimo do nome “ocupação” na pergunta 03, foi uma das mudanças ocorridas na parte de dados sociodemográficos, que antes referia-se apenas à profissão do respondente, porém, existiram pessoas que se formaram, mas acabam exercendo outros tipos de funções que não esteja relacionada com sua profissão.

Tabela 2. Dados sociodemográficos – parte 2

QUESTÃO	PERGUNTA
04	Estado Civil? () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União estável.

Fonte: A autora (2017)

Atualmente existem muitos casais que residem juntos e não são casados judicialmente, mas ainda assim se consideram unidos. Por esse motivo foi inserido o termo “união estável” na pergunta 04, já que alguns participantes da pesquisa não eram solteiros e nem casados.

Tabela 3. Dados sociodemográficos – parte 3

QUESTÃO	PERGUNTA
05	Idade da mãe/cuidador (a)? _____

Fonte: A autora (2017)

Algumas pessoas não gostavam de expor a idade (especialmente as mulheres), mas este é um dado muito importante para ser avaliado. É necessário saber em qual faixa etária as mulheres estão cometendo mais erros.

De acordo com Souto, Jager e Dias (2014) o desmame é mais prevalente em mães adolescentes, que tenham ou não vida conjugal, e devido ao retorno das aulas. Principalmente, as mães adolescentes que têm relação sexual ativa após a gestação, devido a questões que envolvem a sexualidade que vai de acordo com cada casal.

Nesta primeira parte na coleta sobre o perfil sociodemográfico, não houve dificuldades entre os participantes para responder. As perguntas foram bem entendidas e com respostas imediatas. A intenção foi poder coletar de forma simples os dados mais importantes do respondente.

A partir da sexta questão, começam as perguntas referentes ao LM, com o intuito de saber qual foi a alimentação da criança desde o nascimento até o sexto mês de vida.

Tabela 4. Dados sobre alimentação até os 6 meses – parte 1

QUESTÃO	PERGUNTA
06	A criança foi alimentada apenas com o leite materno? () sim () não
07	Se a resposta for “NÃO”, qual foi o motivo? () Meu leite é “fraco” () Retorno ao trabalho () A criança não aceitou o leite materno nas primeiras tentativas () Alergia Alimentar () dor ou fissuras () outros.

Fonte: A autora (2017)

Com a sexta questão é possível identificar se a criança foi alimentada com LM até o sexto mês, de acordo com o que é preconizado pelo MS, OMS, e outros órgãos. Caso a resposta seja negativa, na sétima questão o respondente deveria informar o motivo, entre as duas questões a sétima foi a que os respondentes mais demoraram a responder, apesar de terem entendido a pergunta, aos que não conseguiram levar a amamentação exclusiva começaram a explicar o motivo do abandono do AM ou da complementação com a fórmula. Dessa forma, as optativas da questão foram escolhidas devido as causas mais comuns do abandono do AM.

Quando uma mãe relata que abandonou o AME por achar seu leite “fraco”, ela está se

guiando por um tabu que está presente na sociedade. Para Pereira et al (2014) esse fato é determinante para o desmame precoce, assim como o leite insuficiente. E o profissional de saúde deve trabalhar através de diálogos com a mãe/cuidador, para poder desmistificar essa afirmativa que existe na sociedade.

De acordo com Souto, Jager e Dias (2014), a dor ou fissura é um dos fatores que contribuem para o desmame precoce, assim como o retorno ao trabalho, quando a licença a maternidade acaba, ou até mesmo por dificuldades financeiras e a mãe precisa voltar a trabalhar. Este último, também é citado por Coutinho e Kaiser (2015), como um dos fatores relacionados ao desmame.

Geralmente quando uma mãe diz que “a criança não aceitou o LM nas primeiras tentativas”, está se referindo após a sua chegada da maternidade. Isso geralmente ocorre em partos cesarianas, que de acordo com os autores Leone e Sadeck (2012) é um fator de risco para a ausência do LM. Contudo, conforme Valduga et al (2013), este procedimento cirúrgico tarda a descida do LM, fazendo com que seja introduzido ainda nos primeiros dias de vida do bebê o leite industrializado. Caso não seja ofertado em um copinho, isso pode fazer a criança se acostumar com a facilidade do bico da mamadeira, e quando a mãe iniciar o AM, o bebê pode acabar rejeitando nas primeiras tentativas. Se a mãe não tiver uma boa orientação sobre o assunto, acaba abandonando o LM e oferece apenas o leite artificial.

Tabela 5. Dados sobre alimentação até os 6 meses – parte 2

QUESTÃO	PERGUNTA
08	Foi ofertado “leite artificial” para a criança? Se a resposta for sim, como era oferecido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Mamadeira <input type="checkbox"/> Copinho <input type="checkbox"/> Copo e colher

Fonte: A autora (2017)

A oitava questão, foi de fácil entendimento para o respondente, não houve dúvidas referente à pergunta, e não houve demora para ser respondida. Esse questionamento é importante, pois existem casos em que as crianças fazem uso do leite artificial, quando deviam estar apenas se alimentando com o LM, pois é ele que vai lhe trazer todos os benefícios necessários para a saúde. De acordo com os autores Coutinho e Kaiser (2015), a utilização de bicos artificiais, mamadeiras e chupetas traz dificuldades ao AM, influenciando o desmame precoce.

Em um estudo, os autores Algarves, Julião e Costa (2015) também relacionam o uso de mamadeiras ao desmame precoce, e relatam que em consequência da maior deglutição de ar, a criança pode sentir mais cólicas, o que pode aumentar o risco de infecção ou diarreia.

Tabela 6. Dados sobre alimentação até os 6 meses – parte 3

QUESTÃO	PERGUNTA
09	Quantas vezes ao dia você oferecia apenas o Leite a criança? <input type="checkbox"/> 1 a 2x <input type="checkbox"/> 3 a 4x <input type="checkbox"/> 5 a 6x <input type="checkbox"/> livre demanda
10	Você oferecia água ou suco para a criança além do Leite? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> oferecia suco <input type="checkbox"/> oferecia água <input type="checkbox"/> oferecia água e suco

Fonte: A autora (2017)

De acordo com o que é preconizado pela OMS, e repassado pelo MS, a oferta de LM deve ser em livre demanda, ou seja, sempre que a criança quiser, pois, o LM vai saciar a

fome e a sede do lactente, além da proteção imunológica. Referente a nona e décima questão, os respondentes que alimentavam a criança apenas com LM, relataram que o leite era oferecido a livre demanda e não foi ofertado nenhum outro tipo de líquido. Não houve nenhuma dificuldade ao responderem, as perguntas ficaram bem claras para os respondentes, dessa forma as respostas foram obtidas rapidamente.

Tabela 7. Alergia ou intolerância alimentar

QUESTÃO	PERGUNTA
11	A criança possui alguma alergia ou intolerância alimentar? () não () sim

Fonte: A autora (2017)

Inicialmente esta questão se referia apenas à alergia e alguns respondentes levaram um pouco mais de tempo para responder, por acharem que a pergunta também se tratava da intolerância, por isso, o termo intolerância também foi adicionado ao enunciado. Como tudo que a mãe se alimenta é repassado para a criança através do LM, de acordo com Gonçalves e Cadete (2015), ao consumir alimentos que tem potencial alergênico, pode favorecer o surgimento de alergias alimentares.

A Alergia alimentar é resultado de uma reação imunológica, após o consumo de alguma proteína, à qual, o indivíduo tem alguma sensibilidade. Os alimentos com mais relatos de alergia são o leite de vaca, ovos, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos. No caso da intolerância, é uma reação que não depende de mecanismos imunológicos, podendo ocorrer por conta da ausência de alguma enzima digestiva (BRASIL, 2012).

Tabela 8. Conhecimento sobre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde

QUESTÃO	PERGUNTA
12	Qual a duração para amamentação exclusiva (ofertar apenas o leite materno), segundo o Ministério da Saúde? () até o bebê querer () enquanto tiver leite () durante seis meses de vida do bebê () não sei
13	Segundo o Ministério da Saúde, quando deve ser iniciada a alimentação complementar (oferta de outros alimentos, além do leite)? () quando o leite acabar () após quatro meses () ao completar seis meses () não sei

Fonte: A autora (2017)

A décima segunda e décima terceira questões, é para avaliar o conhecimento das mães/cuidadores sobre o que é preconizado pelo MS. É possível dizer, que entre as vinte questões, estas foram as mais demoradas a responder, pois apesar de entenderem o que a pergunta queria, tiveram dúvidas para saber se realmente era o certo, o que levou a algumas respostas erradas.

A partir da décima quarta questão, inicia-se a terceira e última parte do questionário,

que se refere ao conhecimento das mães/cuidadoras sobre a alimentação infantil a partir do sexto mês.

Segundo os autores Souza, Mendes e Binoti (2016), a AC atualmente gera um motivo de preocupação, devido as práticas inadequadas estarem associadas aos fatores culturais e socioeconômicos. Em seu estudo foi identificado que as mães introduzem precocemente a AC, com papa de frutas e suco de frutas, em crianças com menos de seis meses.

Tabela 9. Alimentação a partir dos seis meses – parte 1

QUESTÃO	PERGUNTA
14	A criança ainda faz uso do leite materno? () sim () não
15	Se a resposta for “NÃO”, qual o motivo pela qual resolveu abandonar o aleitamento materno? () meu leite é “fraco” () dor ou fissuras () Retorno ao trabalho () Alergia alimentar da criança () Desmame espontâneo () outro

Fonte: A autora (2017)

A orientação da OMS e MS é que o LM continue sendo em livre demanda até os dois anos de idade, junto com a alimentação complementar, que deve ser iniciada gradualmente e sem rigidez de horário. Caso a resposta seja negativa na décima quarta questão, algumas opções estão descritas na décima quinta. Nesta foi acrescentada a opção desmame espontâneo, pois alguns participantes relataram que as crianças “largaram o seio por vontade própria”. É importante acrescentar, que a maioria dessas crianças faziam uso de mamadeira.

Nas questões de 16 a 19, foi informado aos participantes da pesquisa que podiam marcar mais de uma opção, pois se referem aos alimentos oferecidos, a local que é ofertado e a textura do alimento. As perguntas foram de fácil compreensão, não houve dificuldade de aceitação das perguntas, e não houve demora para responderem.

Tabela 10. Alimentação a partir dos seis meses – parte 2

QUESTÃO	PERGUNTA
16	Qual a alimentação que você oferece a criança? () Sopa () Papa de Frutas () Alimentação da família () Suco () Água () Leite Artificial () Leite Materno () Outros
17	Como você oferece água/suco/leite para a criança? () mamadeira () copo () prato/colher
18	Como você prepara a sopa para oferecer a criança? () apenas cozida () amassada com garfo () peneirada () liquidificada () não dou sopa
19	Como você prepara a Fruta para oferecer a criança? () pedaços () amassada com garfo () raspada () não dou fruta

Fonte: A autora (2017)

O profissional de saúde deve estar preparado para instruir AC da melhor forma possível, caso a criança não tenha recebido exclusividade no LM até o sexto mês. A AC deve ser rica em energia e micronutrientes, não pode haver contaminação, e nem muito sal ou condimentos, e que seja de fácil preparo a partir dos alimentos da família.

Tabela 11. Alimentação a partir dos seis meses – parte 3

QUESTÃO	PERGUNTA
20	Quantas vezes ao dia você oferece a alimentação para a criança? () 1 a 2x () 3 a 4x () 5 a 6x () mais de 6x

Fonte: A autora (2017)

Finalizando o questionário a pergunta 20 refere-se à quantidade de vezes ao dia que é oferecida alimentação para a criança, para saber se está de acordo com o que o MS preconiza. No Caderno de Atenção Básica da Saúde da Criança de Brasil (2015), a orientação é que ao completar seis meses de vida, a criança amamentada deve receber três refeições diariamente, e a partir dos doze meses o mínimo deve ser de cinco refeições ao dia.

Nas vinte questões descritas no questionário, após as devidas mudanças, não houve demora de resposta, e nem dificuldade para responder. As questões foram bem aceitas e compreendidas. Segue o questionário completo na Figura 10.

AVALIAÇÃO DE SAÚDE ALIMENTAR DAS CRIANÇAS	
1	Idade da criança?
2	Escolaridade da mãe/cuidador (a)? () Ensino Básico () Ensino Médio () Ensino Superior
3	Profissão ou ocupação da mãe/cuidador (a)?
4	Estado Civil? () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União estável.
5	Idade da mãe/cuidador (a)?
6	A criança foi alimentada apenas com o leite materno? () sim () não
7	Se a resposta for "NÃO", qual foi o motivo? () Meu leite é "fraco" () Retorno ao trabalho () A criança não aceitou o leite materno nas primeiras tentativas () Alergia Alimentar () dor ou fissuras () outros.
8	Foi ofertado "leite artificial" para a criança? Se a resposta for sim, como era oferecido? () sim () não () mamadeira () copinho () prato/colher
9	Quantas vezes ao dia você oferecia apenas o Leite a criança? () 1 a 2x () 3 a 4x () 5 a 6x () livre demanda
10	Você oferecia água ou suco para a criança além do Leite? () não () oferecia suco () oferecia água () oferecia água e suco
11	A criança possui alguma alergia ou intolerância alimentar? Se a resposta for sim, qual? () sim () não
12	Qual a duração para amamentação exclusiva (oferta apenas o leite materno), segundo o Ministério da Saúde? () até o bebê querer () enquanto tiver leite () durante seis meses de vida do bebê () não sei
13	Segundo o Ministério da Saúde, quando deve ser iniciada a alimentação complementar (oferta de outros alimentos, além do leite)? () quando o leite acabar () após quatro meses () ao completar seis meses () não sei
14	A criança ainda faz uso do leite materno? () sim () não
15	Se a resposta for "NÃO", qual o motivo pela qual resolveu abandonar o aleitamento materno? () meu leite é "fraco" () dor ou fissuras () Retorno ao trabalho () Alergia alimentar da criança () Desmame espontâneo () outro
16	Qual a alimentação que você oferece a criança? () Sopa () Papa de Frutas () Alimentação da família () Suco () Água () Leite Artificial () Leite Materno () Outros
17	Como você oferece água/suco/leite para a criança? () mamadeira () copo () prato/colher
18	Como você prepara a sopa para oferecer a criança? () apenas cozida () amassada com garfo () peneirada () liquidificada () não dou sopa
19	Como você prepara a Fruta para oferecer a criança? () pedaços () amassada com garfo () raspada () não dou fruta
20	Quantas vezes ao dia você oferece a alimentação para a criança? () 1 a 2x () 3 a 4x () 5 a 6x () mais de 6x

LEGENDAS: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ATÉ 6 MESES ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA MAIORES DE 6 MESES E MENORES DE 2 ANOS

Figura 10 – Questionário de avaliação de saúde alimentar das crianças

Fonte: Autora (2017)

7

CONSIDERAÇÕES FINAIS



O presente estudo buscou construir um questionário para avaliação da saúde alimentar das crianças. Diante dos conceitos abordados no decorrer da pesquisa realizada e do resultado demonstrado, conseguimos chegar aos objetivos do trabalho, com um questionário de 20 questões de fácil entendimento, elaborado de acordo com pesquisas acadêmicas relacionadas a alimentação infantil, auxiliando os profissionais de saúde nas condutas terapêuticas e para que possa servir como base para pesquisas futuras.

No primeiro ano de vida, as práticas alimentares constituem um importante fator para a elaboração dos hábitos alimentares infantis. Essa fase pode ser dividida em duas: anterior aos seis meses e após os seis meses. Com o questionário, é possível verificar os conhecimentos das mães e cuidadores sobre alimentação infantil, identificando principais acertos e erros cometidos na alimentação da criança no primeiro ano de vida. O que vai auxiliar nas futuras intervenções, caso necessário.

Durante a realização deste trabalho, pode-se observar que existe várias pesquisas referente a AC e ao AM, mas, este último se sobressai. Contudo, são poucos os trabalhos acadêmicos que se referem ao conhecimento das mães/cuidadores sobre a alimentação infantil no primeiro ano de vida, principalmente relacionada a AC. Por isso, esse tipo de trabalho deve ser incentivado, para que as mães/cuidadores possam ter mais conhecimento sobre a alimentação infantil.

Os profissionais que acompanham as crianças devem dar suporte a esta fase de transição. Eles têm a função de conceder orientações à família, observando a forma que a criança e os demais atravessam esta etapa. Qualquer tipo de dúvida deve ser esclarecido, e, as dificuldades fazem parte do processo. O profissional de saúde, deve sempre levar em consideração, as dimensões culturais, econômicas e sociais do ambiente familiar da criança, pois, elas estão ligadas às escolhas alimentares.

O interesse pelo estudo motiva-se pela experiência assistida nas práticas acadêmicas em saúde da criança, e por observar várias mães que não querem mais amamentar seus filhos, sem ter o conhecimento sobre o impacto que pode causar na vida deles. Apesar das várias evidências científicas que comprovem a importância do LM, é uma prática comum ele ser deixado de lado ainda cedo, devido aos fatores que estão associados ao desmame precoce, como observado em diferentes pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, M. A. P. **Aleitamento materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa Saúde da Família** – Uberaba – MG – 2011. 57 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.
- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. de A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009.
- ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. de S.; COSTA, H. M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Rev. Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 151-167, jan./jul. 2015.
- ALMEIDA, J. M. de; LUZ, S. de A. B.; UED, F. da V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul Pediatr**. v. 33, n. 3, p. 355-362. 2015.
- ARAÚJO, A. G. M. **O conhecimento das mães sobre a alimentação infantil em crianças menores de 1 ano atendidas na clínica – escola Santa Edwiges**. São Luis – MA. 2012.
- AZEVEDO, C. E. S. de (Org.). **Bases da pediatria**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.
- BARBOSA, M.B. et al. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev. Nutr.**, v. 20, n. 1, p. 55-62, jan./fev., 2007.
- BARROS, R. M. M.; SEYFFARTH, A. S. Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar – impacto de uma atividade educativa. **Com. Ciências Saúde**. v. 19, n. 3, p. 225-231. 2008.
- BORTOLINI, G. A. et al. Consumo precoce de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. **Jornal de Pediatria**. v. 89, n. 6, p. 608-613. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos**. 1. ed. 3. Reimpressão. Brasília - DF. 2014.
- _____. _____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília - DF. 2011.
- _____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Caderno 23. 2.ed. Brasília. 2015.
- _____. _____. _____. _____. **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos: Um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. 2. Reimpressão. Brasília - DF. 2013.
- _____. _____. _____. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília - DF. 2012.
- CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.
- CARVALHO, E. B. de; SARINHO, S. W. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 4804-4812, dez. 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei n.º 186 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.
- CORREIA, P. P.; PEREIRA, S. M. P. D.; BRITO, L. A. M. H. de. Alimentação de transição infantil: conhecer para educar. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 85-93, mai./ago. 2013
- COUTINHO, S. E.; KAISER, D. E. Visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal: relato de experiência. **Boletim Científico de Pediatria**. v. 4, n. 1, p. 10-16. 2015.
- DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. nutr**, v. 23, n. 3, p. 475-486, 2010.
- ESTEVES, T. M. B. et al. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2390-2400, nov. 2015.
- FROTA, A. M. et al. Consultas de puericultura na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v. 3, n. 2, jul./dez. 2014.
- GONÇALVES, M. R. dos S.; CADETE, M. M. M. Aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar

- entre menores de um ano em Ribeirão das Neves-MG. *Demetra*, v. 10, n. 1, p. 173-187. 2015.
- GRANDO, T.; ZUSE, C. L. Amamentação exclusiva: um ato de amor, afeto e tranquilidade-relato de experiência. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v. 7, n. 13, p. 22-28, out. 2011.
- GURGEL, P. K. F.; et al. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança: uma ação coletiva da enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 625-631, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3150/5432>>. Acesso em: 07 fev. 2017
- SARUBBI JUNIOR., V. S. et al. Representações de pediatras acerca das alternativas de alimentos lácteos diante do desmame inevitável. **Rev Paul Pediatr.** v. 35, n. 1, p. 46-53. 2017.
- LANA, A. P. B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica: comportamental da amamentação.** São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- LEONE, C. R.; SADECK, L. dos S. R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 1, p. 21-6. 2012.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno. Comitê Português para a UNICEF – Comissão Nacional.** Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Edição Revista. Lisboa (Portugal), 2012.
- LINHARES, F. M. P.; PONTES, C. M.; OSÓRIO, M. M. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 4, p. 433-439., 2014.
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5 ed. Porto Alegre: Art-med Editora S.A., 2002.
- MONTEIRO, F. P. M. et al. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Ciencia y Enfermeria.** v. 20, n. 1, p. 97-110. 2014.
- MONTEIRO, F. P. M.; CAETANO, J. A.; ARAÚJO, T. L. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** V. 14, n. 2, p. 406-411, 2010.
- MONTESCHIO, C. A. C.; GAIVA, M. A. de M.; MOREIRA, M. D. de S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem a criança. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 5, p. 869-875, set-out. 2015.
- NOBRE, E. B. **Elaboração e validação de questionário para descrever o estilo de vida de mães de pré-escolas.** São Paulo – SP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- PEREIRA, G.G., et al. Orientações sobre aleitamento materno em consultas de pré-natal. **Enferm. Foco.** v. 5, n. 3/4, p. 57-60. 2014.
- OLIVEIRA, J. A. N. de. et al. A influência da família na alimentação complementar: relato de experiências. **Demetra**, vol. 11, n 1; p. 75-90, 2016.
- PARÁ (Estado). Secretária do Estado de Saúde Pública. Coordenação Estadual de DST/AIDS. **Guia de alimentação para o bebê que não pode ser amamentado.** Belém, 2009.
- RÊGO, A. S.; TRINDADE, P. C.; MELO, M. C. **Saúde da mulher: programa educativo e prático para gestação, parto e puerpério.** São Luis: Editora UEMA, 2010. 202 p.
- REGO, J. D. **Aleitamento Materno.** 2. ed., São Paulo: Atheneu, 2002.
- RODRIGUES, N. A., GOMES, A. C. G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce, [S.l.], **Rev Enferm**, v. 17, n. 1, jan/abr. 2014.
- SANTOS, C. S. et al. Alimentação complementar do lactente: subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 3, p. 536-541, jul/set. 2010.
- SANTOS, M. de F. **Conhecimento de mães de crianças menores de dois anos quanto à alimentação complementar em uma unidade de saúde do município de São Luis – MA.** 2013. 58 f. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Santa Terezinha – CEST, São Luís, 2013.
- SILVA, G.A.; COSTA, K.A.; GIUGLIANI E.R. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **J Pediatr (Rio J).** 2016; 92(3 Suppl 1):S2---7. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n3s1/pt_0021-7557-jped-92-03-s1-00S2.pdf>. Acesso em: 07 jun 2016.
- SILVA, L. M. P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 6, p. 983-992, nov./dez., 2010
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do**

pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p.

SOUTO, D. C.; JADER, M. E.; DIAS, A. C. G. Aleitamento materno e a ocorrência do desmame precoce em pué-
peras adolescentes. **Revista de Atenção à Saúde**. v. 12, n. 41, p.73-79, jul./set., 2014.

SOUZA, B. A. P. de. **Assistência de enfermagem no incentivo do aleitamento materno no município de Ipaba**: um relato de experiência. 2014. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em ESF) – Univer-
sidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014.

SOUZA, J. B. de P. G., MENDES, L. L., BINOTI, M. L. Perfil do aleitamento materno e da alimentação comple-
mentar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de Juiz de Fora
– MG. **Rev. APS**. v. 19, n. 1, p. 67 – 76, jan/mar. 2016.

THOMPSON, E.D.; ASHWILL, J.W. **Uma introdução à enfermagem pediátrica**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Mé-
dicas, 1996.

VALDUGA, L. C. et al. Desmame precoce: intervenção de enfermagem. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianó-
polis, v. 6, n. 2, p. 33-44, abr./jun. 2013.

VIEIRA, R. W. et al. Do aleitamento materno à alimentação complementar: atuação do profissional nutricio-
nista. **Saúde & Amb. Rev.** Duque de Caxias, v.4, n.2, p.1-8, jul-dez., 2009.

APÊNDICES



CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE
ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

2023

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

FACULDADE SANTA TEREZINHA – CEST
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

Idade da criança: _____

Escolaridade: () Ensino Básico () Ensino Médio () Ensino Superior

Profissão ou ocupação da mãe/cuidador: _____

Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União estável

Idade da mãe/cuidador: _____

DADOS SOBRE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ATÉ 6 MESES

A criança foi alimentada apenas com o leite materno?

() Sim () Não

Se a resposta for “NÃO”, qual foi o motivo?

() Meu leite é “fraco”

() Retorno ao trabalho

() A criança não aceitou o leite materno nas primeiras tentativas

() Alergia Alimentar

() Dor ou fissuras

() Outros

Foi ofertado “leite artificial” para a criança? Se a resposta for sim, como era oferecido?

() Sim () Não

() Mamadeira

() Copinho

() Prato/colher

Quantas vezes ao dia você oferecia apenas o Leite a criança?

() 1 a 2x

() 3 a 4x

() 5 a 6x

() Livre demanda

Você oferecia água ou suco para a criança além do Leite?

() Não

() Oferecia suco

() Oferecia água

() Oferecia água e suco

A criança possui alguma alergia intolerância alimentar? Se a resposta for sim, qual?

Não Sim _____

Qual a duração para amamentação exclusiva (oferta apenas o leite materno), segundo o Ministério da Saúde?

- Até o bebê querer
- Enquanto tiver leite
- Durante seis meses de vida do bebê
- Não sei

Segundo o Ministério da Saúde, quando deve ser iniciada a alimentação complementar (ofertar outros alimentos, além do leite)?

- Quando o leite acabar
- Após quatro meses
- Ao completar seis meses
- Não sei

DADOS SOBRE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA MAIORES DE 6 MESES E MENORES DE 2 ANOS

A criança ainda faz uso do leite materno?

- Sim
- Não

Se a resposta for “NÃO”, qual o motivo pela qual resolveu abandonar o aleitamento materno?

- Meu leite é “fraco”
- Dor ou fissuras
- Retorno ao trabalho
- Alergia alimentar da criança
- Desmame espontâneo
- Outro _____

Qual a alimentação que você oferece a criança?

- Sopa
- Papa de Frutas
- Alimentação da família
- Suco
- Água
- Leite Artificial
- Leite Materno
- Outros

Como você oferece água/suco/leite para a criança?

Mamadeira Copo Prato/colher

Como você prepara a sopa para oferecer a criança?

Apenas cozida

Amassada com garfo

Peneirada

Liquidificada

Não dou sopa

Como você prepara a Fruta para oferecer a criança?

Pedaçõs

Amassada com garfo

Raspada

Não dou fruta

Quantas vezes ao dia você oferece a alimentação para a criança?

1 a 2x

3 a 4x

5 a 6x

Mais de 6x


APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

**FACULDADE SANTA TEREZINHA – CEST
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

CURSO DE ENFERMAGEM

Declaro para os devidos fins, que a aluna IRLANE SILVA VERAS, da Faculdade Santa Terezinha – CEST está autorizada a coletar dados para desenvolver o seu projeto de pesquisa NUTRIÇÃO DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: CONHECIMENTO DE MÃES/CUIDADORES SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, que está sob a orientação da Prof. Nayana de Paiva Fontenelle Xerez cujo objetivo é avaliar o conhecimento de mães/cuidadores sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida nesta CLÍNICA DE PEDIATRIA DRª NARJARA CHAVES, localizado na Av. Colares Moreira, Edifício Planta Tower, 10º Andar, Sala 1007 – Renascença – São Luis – MA, após a aprovação do referido Projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa.

São Luís, 29 de agosto de 2016.


Clínica de Pediatria Drª Narjara Chaves
Eduardo de S. Pereira
Administrador
(Responsável pela clínica)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**FACULDADE SANTA TEREZINHA – CEST
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Prof^ª. Esp. Nayana de Paiva Fontenelle Xerez

Endereço: FACULDADE SANTA TEREZINHA – CEST, com sede nesta cidade, na Av. Casemiro Júnior, 12 - Anil

Fone: (98) 988648482

e-mail: nayana.fontenelle.nf@gmail.com ou nayana.fontenelle@bol.com.br

Pesquisadora: Irlane Silva Veras

Endereço: Av. Paraíso, nº22, quadra B2, Recanto dos signos – Cidade Operária

FONE: (98) 3247-4879 e 988867753

e-mail: irlane.veras@gmail.com

NUTRIÇÃO DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: CONHECIMENTO DE MÃES/CUIDADORES SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Prezado(a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa sobre o nível de conhecimento de mães sobre alimentação saudável no primeiro ano de vida da criança. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr. (a) que ajudarão a conhecer melhor os caracteres dos gerentes dessas instituições. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa não sendo divulgados dados que identifique os participantes.

Eu,....., abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido(a) e entender as explicações que me foram dadas pela pesquisadora responsável, que concordo em participar da pesquisa que irá identificar o nível de conhecimento das mães sobre a alimentação de seus filhos. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecido(a) ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar este consentimento sem nenhuma penalidade ou prejuízo, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

_____ de _____ de 2017.

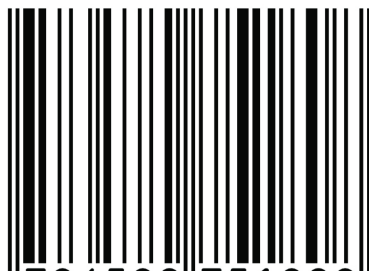
Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do participante ou Responsável

Com uma abordagem clara e acessível, “Construção de um Questionário para Avaliação de Saúde Alimentar das Crianças” é um livro que apresenta um modelo pedagógico que oferece uma ferramenta valiosa para a avaliação dos conhecimentos das mães e cuidadores, para a promoção de uma alimentação saudável e bem-estar das crianças. Com base em estudos recentes que evidenciam a relação entre uma prática alimentar e problemas de saúde, o livro destaca a importância do aleitamento materno e traz questões de fácil entendimento, auxiliando profissionais de saúde em suas práticas e pesquisas acadêmicas relacionadas à alimentação infantil.

ISBN: 978-65-80751-80-8

BR



9 786580 751808