**Universidade de São Paulo**

**Faculdade de Saúde Pública**

# Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores

Elizabeth Sorrentino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para Obtenção do Título de Mestre – Versão corrigida.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Isoyama Venancio

**São Paulo – SP**

**2018**

# Alimentação complementar:

# barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores

**Elizabeth Sorrentino**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Isoyama Venancio

**São Paulo – SP**

**2018**

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

Dedico este trabalho à minha filha Bianca, mãe valorosa e a todas as mães, desejando profundamente que tenham a oportunidade de amamentar seus filhos e de alimentá-los com dignidade.

## AGRADECIMENTOS

A oportunidade deste trabalho me ofereceu novos caminhos de crescimento e conhecimento, profissionais e pessoais. Me permitiu experiências ricas em generosidade, solidariedade e de empatia, proporcionadas por pessoas para as quais formalizo, sinceramente, meus agradecimentos.

À professora Sonia Venancio, minha orientadora, que encaminhou de maneira incrível a trajetória deste trabalho, apoiando e iluminando com a calma e a sabedoria da grande mestra que é.

À professora Dirce Marchioni que com sua competência e sensibilidade sugeriu e me levou até minha orientadora.

À querida Gabriela Sintra Rios colaboradora nos grupos focais, facilitadora nos encontros com as mães e pais da Casa Curumim que se dedicou pessoalmente para que tudo se realizasse na mais perfeita ordem.

À Dra. Honorina de Almeida que abriu as portas da Casa Curumim e nos fez sentir em casa.

Ao Sr. Secretário da Saúde de Francisco Morato, Marcelo Simões, que possibilitou nosso trabalho naquele Município e que disponibilizou ajuda e o precioso acompanhamento na pessoa de sua assistente, Patrícia Rodrigues.

À toda equipe da UBS de Francisco Morato, que ouviu e acolheu nossas intenções e que rapidamente se mobilizou para que pudéssemos, em tempo recorde, falar com as mães e pais frequentadores daquele serviço.

Às Professoras Cláudia Bógus e Patrícia Jaime, que já na qualificação deste projeto, ofereceram conselhos de inestimável valor.

Aos queridos amigos da Secretária de Pós-Graduação, em especial a Alessandra Blaya Frutuoso e Maria Aparecida Mendes, que trabalham sempre a nosso favor, nos socorrem e orientam com tanta paciência e apreço.

À Faculdade de Saúde Pública, por onde passa tanta história e a todos os seus professores que nos instigam ao conhecimento, minha gratidão.

À minha querida amiga Isabel Pereira, psicóloga, que disponibilizou seus livros que tanto me ajudaram.

Ao sagrado, que nos permeia, rege, ilumina nossos corações e abençoa os projetos valorosos nas dez direções.

Ao meu companheiro Roberto, um companheiro de verdade.

SORRENTINO, E. Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores [projeto de dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2018.

## RESUMO

**Introdução –** A alimentação de boa qualidade quando oferecida à criança pequena, determina o pleno desenvolvimento deste indivíduo em todas as fases de sua vida com repercussão para as gerações futuras. Bebês e crianças pequenas dependem inteiramente de seus cuidadores para saber o que, quando e como comer. **Objetivo –** Caracterizar barreiras e facilitadores na adoção da alimentação complementar em crianças de 6 a 12 meses, sob a ótica de cuidadores. **Métodos –** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que utilizou a técnica do grupo focal em dois encontros, o primeiro com mães frequentadoras de uma Unidade Básica de Saúde em um município da região metropolitana de São Paulo e o segundo com mães que frequentam uma clínica de pediatria privada no município de São Paulo. Para abordar as questões de gênero realizou-se entrevistas em profundidade com pais que foram abordados individualmente. O tema central de todos os encontros foi a alimentação complementar das crianças entre 6 e 12 meses, por meio de roteiros previamente estabelecidos. Os relatos foram gravados, rigorosamente transcritos e deles constituíram-se as seguintes categorias de análise: Crenças, opiniões e atitudes; Influências formais e informais sobre as práticas de alimentação complementar; Papel dos Fatores Socioeconômicos e Questões de gênero. **Resultados –** Os sistemas de crenças familiares afetam as práticas de alimentação das crianças. As influências informais, tais como redes de apoio de familiares e parentes, redes sociais, internet se digladiam e ganham espaço sobre as formais, caracterizadas pelas orientações recebidas pelo pediatra e outros profissionais de saúde. Há uma transformação evidente no papel do pai, que abarca atitudes de compartilhamento e envolvimento com os filhos, porém a divisão de tarefas entre os gêneros é desigual e revela sobrecarga para a mãe. Os dilemas e dúvidas são de toda ordem e independem da realidade sociocultural. **Conclusões –** Os serviços de saúde pela proximidade que possuem na abordagem da pessoa e das famílias encontram-se numa situação privilegiada para orientar. É necessário, porém, que sejam capazes de

providenciar informação e apoio nas questões mais cruciais sobre alimentação complementar de forma clara e com exemplos, instrumentalizados pelo conhecimento do impacto que cada escolha provoca e desta forma motivar os cuidadores a um novo comportamento ou mudança. Que seja incluída orientação com explicação sobre o impacto da parentalidade responsiva. Que as intervenções incluam participação do pai e das avós e que as mensagens, além da mãe, se estendam a ambos e por fim, que a Internet seja utilizada como veículo por fontes confiáveis para a propagação das mensagens sobre alimentação complementar. **Descritores:** Alimentação complementar; Alimentação do lactente; Grupos Focais.

SORRENTINO, E. Complementary feeding: barriers and facilitators from perspective of carers [Master´s dissertation project]. São Paulo: School of Public Health of the USP; 2018.

## ABSTRACT

**Introduction –** A good quality diet in young children promotes optimal development during all phases of life and impacts future generations. Babies and young children are reliant on their caregivers to know what, when and how to eat. **Objective –** To characterize barriers and facilitators for adopting complementary feeding in infants aged 6-12 months, from the perspective of caregivers. **Methods –** A qualitative study using the focus group technique was conducted. Two meetings were held, the first involved mothers who were users of a Primary Health Unit in a city located in the metropolitan region of São Paulo, whereas the second involved mothers who were clients of a private pediatric clinic in São Paulo city. Gender-specific issues were addressed by holding in-depth interviews with each father separately. The central theme for all meetings was complementary feeding of infants aged 6-12 months using pre-established scripts. Participant narratives were recorded, carefully transcribed, and the following categories of analysis derived from them: Beliefs, opinions and attitudes; Formal and informal influences on complementary feeding practices; Role of Socioeconomic Factors and Gender Issues. **Results –** The belief systems of family members influence child feeding practices. Informal influences, such as support networks of family members and relatives, social networks and internet increasingly compete with formal influences such as guidance from the pediatrician and other health professionals. There was a clear shift in the role of fathers, encompassing attitudes of sharing and involvement with the children, although the division of tasks between genders was skewed, with mothers overburdened. All manner of dilemmas and doubts emerged, independently of sociocultural situation. **Conclusions –** Health services, given their proximity to both the individual and families, are best placed to provide guidance. However, they must be able to provide clear information and support on the most crucial issues concerning complementary feeding with examples. This must be supported by knowledge on the impact of each choice, thereby encouraging caregivers to modify behavior or change. Guidance with explanation of the impact

of responsive parenting should be included. Interventions should involve fathers and grandmothers, where messages should be directed to both these groups, besides the mother. Lastly, the internet should be used as vehicle by reliable sources of information to communicate messages about complementary feeding.
Key words**:** Complementary feeding; Infant feeding; Focus Groups.

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO ..... 13**
1.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR – IMPORTÂNCIA E ADEQUAÇÃO 13
1.2 PRODUTOS ULTRAPROCESSADOS ..... 17
1.4 ALIMENTAÇÃO BASEADA EM CUIDADOS RESPONSIVOS – CUIDADOS PSICOSSOCIAIS EM FAVOR DA BOA ALIMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL..... 19
1.5 ALIMENTAÇÃO INFANTIL– NO BRASIL E NO MUNDO ..... 20
1.6 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS ..... 22
1.7 EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR INFANTIL..... 26
**2 JUSTIFICATIVA..... 34**
**3 OBJETIVOS..... 35**
3.1 GERAL..... 35
3.2 ESPECÍFICOS..... 35
**4 PERCURSO METODOLÓGICO ..... 36**
4.1 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL ..... 36
4.2 OPÇÕES METODOLÓGICAS ..... 38
4.3 PRODUÇÃO DE DADOS..... 39
4.3.1 Grupo Focal.....40
4.3.2 Entrevista Semiestruturada em Profundidade.....43
4.4 ANÁLISE DE DADOS ..... 45
4.5 CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA..... 48
**5 RESULTADOS..... 49**
5.1 CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES..... 49
5.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DESCUSSÃO ..... 54
5.2.1 Categorias Temáticas.....54
A. Crenças, Opiniões e Atitudes. .....55
*Passo 1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.*.....55
*Passo 2. Oferecer outros alimentos, além do leite materno, a partir dos 6 meses.* .....57

*Passo 3. Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.* ..... 60

*Passo 4. Alimentar a criança com alimentos in natura e ou minimamente processados.* ..... 61

*Passo 5. Oferecer a comida na consistência espessa quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.* ..... 63

*Passo 6. Não oferecer açúcar à criança até 2 anos de idade.* ..... 64

*Passo 7. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.* ..... 65

*Passo 8. Cozinhar para a família e para a criança a mesma comida usando alimentos in natura e minimamente processados.* ..... 67

*Passo 9. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto.* ..... 69

*Passo 11. Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.* ..... 72

B. Influências sobre as Práticas de Alimentação Complementar: Formais e Informais. ..... 73

C. Papel dos Fatores Socioeconômicos. ..... 78

C.1 Reflexos das Condições Socioeconômicas e das Políticas Públicas na Adoção da Alimentação Complementar. ..... 78

C.2 Contexto Socioeconômico dos Dois Grupos: Semelhanças e Diferenças Sobre o Tema Estudado. ..... 81

D. Questões de Gênero. ..... 85

O Desafio na Divisão de Tarefas: na visão das mulheres e dos homens. ..... 85

**6 CONCLUSÕES ..... 92**

**7 CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 94**

**8 REFERENCIAS ..... 97**

**ANEXOS ..... 118**

**Anexo 1 - Projeto: Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores** ..... 119

**Anexo 2 - Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores - Roteiro para Entrevista em Profundidade.** ... 121

**Anexo 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** ..... 123

**Anexo 4 – Parecer consubstanciado do CEP** ..... 125

**CURRÍCULO LATTES ..... 128**

# 1 INTRODUÇÃO

A nutrição infantil deficiente aumenta o risco de enfermidades (PINZÓN-RONDÓN et al., 2016; SANKAR et al., 2015; VICTORA et al., 2016) e é responsável, direta e indiretamente, por 1/3 das 9,5 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos de idade em todo o mundo (BLACK et al., 2008; WHO, 2008). Entre todos os determinantes que concorrem à boa saúde de um indivíduo, o de maior impacto é sem dúvida a alimentação adequada durante a infância, principalmente nos seus dois primeiros anos de vida (WHO, 2013; BRASIL, 2015; HORTA et al., 2015; VICTORA, 2016). É nesse período que há o amadurecimento dos aspectos físicos, cognitivos, linguísticos, socio-afetivos e comportamentais da criança, cuja repercussão se estende ao longo da vida, determinando seu rendimento intelectual e escolar, capacidade e força no trabalho, sucesso profissional e capacidade reprodutiva (WHO, 2010; HORTA et al., 2007, 2015; VICTORA et al., 2015, 2016).

A recomendação do governo brasileiro para uma alimentação infantil adequada ou “ótima” tal como se encontra estabelecida na “Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância” (WHO, 2005; WHO 2008), é de que o aleitamento materno seja exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida e que a partir de 180 dias, graças à maturidade fisiológica e neurológica e atendendo a novos protocolos nutricionais do lactente nesta fase, sejam introduzidos outros alimentos como alimentação complementar à amamentação, que no entanto, deverá ser mantida até os dois anos ou mais de vida da criança (WHO, 2010; BRASIL, 2013; VICTORA, 2016).

## 1.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR – IMPORTÂNCIA E ADEQUAÇÃO

A alimentação complementar de crianças amamentadas se constitui de alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos, diferentes do leite humano, oferecidos à criança a partir de 6 meses de idade e como o nome sugere, tem a função de complementar a energia e os micronutrientes necessários para o adequado

crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2009a; WHO 2010; VICTOR, 2014).

O desenvolvimento da criança é definido como uma progressão ordenada de habilidades (motor grosso e fino, cognitivo e linguístico, pessoal / social) formadas por uma interação do potencial genético e oportunidades ambientais, segundo a qual as habilidades iniciais através de um processo sequencial, formam a base para o desenvolvimento, incluindo a aptidão e o desempemho escolar (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007). Riscos diretamente ligados às deficiências nutricionais (déficit de estatura e micronutrientes), e à falta de oportunidades de aprendizagem, resultaram em mais de 200 milhões de crianças menores de cinco anos com Indíces de Massa Corporal (IMC) inadequados que não atingiram seu potencial de desenvolvimento (WHO, 2012, 2015; BLACK et al., 2015.; ARIKPO, 2015).

BLACK et al. (2015) revisaram o estado atual das produções cientificas referentes a intervenções de nutrição e desenvolvimento na primeira infância, bem como o impacto de estratégias integradas para o crescimento linear e desenvolvimento cognitivo em crianças antes e após os primeiros 1000 dias, incluindo estudos realizados tanto nos Estados Unidos (BROOKS-GUNN e DUNCAN, 1997) quanto em países de baixa e média renda (HAMADANI et al., 2014). Os autores concluíram que associações entre a pobreza e os baixos níveis de desempenho acadêmico, foram mediadas por uma diminuição no tamanho das regiões cerebrais (hipocampo e lobos frontal e temporal) que resultou em uma variação do funcionamento cognitivo de até 20% (HAIR et al., 2015). Por sua vez, avanços no campo da neurobiologia e neurociência cognitiva sugerem que a melhoria da cognição está estreitamente associada ao crescimento físico e confirmam que a nutrição exerce profundo impacto no desenvolvimento das estruturas e funções cerebrais (HACKMAN e FARAH, 2009; NOBLE et al., 2015).

O desenvolvimento do cérebro ocorre desde a gestação até 25 meses (primeiros mil dias) e continua ao longo da infância com o desenvolvimento mais rápido ocorrendo antes dos 5 anos de idade (BLACK et al., 2008), de modo que intervenções com o objetivo de previnir o atraso de crescimento demonstraram ser mais eficazes nos primeiros 1000 dias, mesmo se levando em conta os efeitos benéficos de intervenções estendidas até a idade escolar (WACHS et al., 2014). Ratifica-se, portanto, que o período crítico para a promoção de uma nutrição

adequada é sem dúvida entre 6 a 24 meses de idade.(GIUGLIANI e VICTORA, 2000; WHO, 2010; ARIKPO et al., 2015).

Diversos estudos epidemiológicos associam práticas de alimentação complementar precárias com desnutrição, paradoxalmente à obesidade (SHRIMPTON et al., 2001; ARIMOND e RUEL, 2004; BLACK et al., 2008), deficiência de vitaminas e minerais (GIUGLIANI e VICTORA, 2000), atraso de crescimento e aumento de infecções e dificuldade em se restabelecer de doenças (UNICEF, 2006; WHO, 2011).

OLIVEIRA et al., 2015, buscaram sistematizar os atributos de uma alimentação complementar saudável, através de um modelo teórico, para facilitar o monitoramento destas práticas em estudos populacionais. São estes: a ***oportunidade***, que diz respeito a idade de introdução da alimentação complementar; a ***adequação***, que inclui a presença de nutrientes específicos, a variedade, a densidade energética e a ausência de ultraprocessados; e a ***segurança***, que alia a inocuidade da preparação à ausência de aditivos alimentares.

***A Oportunidade****:* A Organização Mundial da Saúde recomenda a introdução de outros alimentos concomitantes a amamentação a partir dos 6 meses de idade (WHO, 2010), porque é neste período de vida que o aporte de energia e nutrientes concedido pelo leite materno precisa ser complementado para atender o pleno desenvolvimento da criança (BRASIL 2010; WHO, 2010). Além disso, é ao redor do sexto mês que a criança alcança maturidade fisiológica (NAYLOR e MORROW, 2001; WHO, 2010) e neuromuscular (STEVENSON e ALLAIRE,1991; WHO, 2010) que lhe permite receber outros alimentos. Estudos evidenciam que a introdução precoce dos alimentos interfere na absorção de nutrientes fundamentais como ferro e zinco (OSKY e LANDAW, 1980; BELL et al., 1987; WHO, 2010) existentes no leite materno, e contribuem para a menor ingestão deste importante alimento (DREWETT et al., 1993; WHO, 2010), diminuindo os fatores de proteção e aumentando a exposição a infecções oportunistas (UNICEF, 2006; WHO, 2011 , 2015).

***A Adequação***: Uma característica de grande importância é que o alimento complementar forneça água, energia, proteína e micronutrientes (especialmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos) suficientes para que junto com o leite materno, supram todas as necessidades nutricionais da criança. É necessário portanto, que este seja oferecido em consistência apropriada para a idade, que vai de “espessa” à sólida (alimentação aguada ou muito diluída pode acarretar alimentação

pobre nutricionalmente) (BALDISSERA et al., 2016; WHO ,2010); em quantidades que assegurem os requerimentos nutricionais, que aumentam à medida que a criança adquire mais idade e diminui a ingestão do leite materno. A alimentação complementar de boa qualidade e ideal, não só para a criança neste período de vida como para toda a família, é a alimentação que privilegia os alimentos in natura e/ou minimamente processados (tubérculos, frutas, legumes e verduras, grãos, carnes, vísceras, ovos e laticínios), adicionados de temperos frescos, sem pimenta ou muito sal, que sejam acessíveis e culturalmente aceitos (GIUGLIANI e VICTORA, 2000; BRASIL, 2009b, 2013; WHO, 2010); produzidos na estação e regionalmente, de preferência por agricultores familiares, que ademais são mais baratos e acessíveis (BRASIL, 2009b, 2013; WH0, 2010).

Deve-se evitar o consumo de açúcares e bebidas adocicadas (BRASIL, 2009b, 2013; KLEINMAN e GREER, 2013). A criança possui um mecanismo que auto regula a ingestão diária de energia e como consequência, tende a comer menos quando ingere alimentos muito calóricos. Por isso é tão importante que lhe sejam ofertados alimentos nutritivos, além de que, é no início da vida que são formados os hábitos alimentares que repercutirão em seu estado nutricional e de saúde por toda sua existência (ROLLAND-CACHERA, 2006; VITOLO et al., 2010; GARDEN et al, 2011; BIRCH e DOUB, 2014). O açúcar por exemplo, que é uma fonte concentrada de energia e vazia de outros nutrientes, além de reduzir o apetite e resultar na ingestão deficiente de micronutrientes, pode provocar cáries e está relacionado à obesidade (BRASIL,2009b; WHO, 2010, CDA, 2010).

Quanto mais colorida a refeição, maior será o aporte de vitaminas e minerais ofertado, além disso as cores agradam os sentidos e estimulam o consumo dos alimentos saudáveis (BRASIL, 2009b; WHO, 2010). Há uma predisposição para eleger alimentos, que poderá advir tanto de componentes genéticos (BARTOSHUK, 2000) quanto da amamentação, pois através do leite da mãe a criança compartilha da dieta materna e é exposta a aromas e sabores diferentes (SULLIVAN e BIRCH, 1994). No entanto, todas estas influências serão moldadas por outras experiências que dependerão do que lhes será oferecido (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2017).

A qualidade ofertará o harmonioso equilíbrio à quantidade adequada, já que a criança, principalmente a amamentada exclusivamente, aprendeu a distinguir as sensações de fome e saciedade (GIUGLIANI E VICTORA, 2000) que lhe permitem assumir autocontrole sobre o volume do alimento em cada refeição.

***A Segurança*** : Alimentos complementares podem se constituir em importante fonte de contaminação e na principal causa de enfermidades como a diarreia, muito comum entre crianças de 6 a 12 meses de idade (BLACK, 1982; MOTARJEMI, 1993; SHETH, 2006; WHO, 2015) e, portanto necessitam ser livres de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais; seu manejo deve obedecer a boas práticas de higiene, devendo ser consumidos tão prontamente quanto possível após serem preparados, ou armazenados adequadamente sob refrigeração (WHO, 2010).

## 1.2 PRODUTOS ULTRAPROCESSADOS

A transição nutricional em que as populações e as crianças estão inseridas, com a mulher assumindo uma vida profissional extra domicílio e acumulando responsabilidades, a identidade cultural invadida pelo marketing global, a crescente oferta de alimentos industrializados – pré preparados ou prontos e a suposta praticidade oferecida por estas opções, reforçados pela mudança de valores sociais e a perda dos hábitos culinários (PAHO/WHO, 2015) são desafios aos quais necessitamos responder.

A substituição de alimentos e ingredientes culinários por produtos ultraprocessados prontos para o consumo vem transformando a cultura e os padrões alimentares (MONTEIRO et al., 2013; PAHO, 2015; KARNOPP, 2017). A disponibilidade doméstica destes produtos tem sido correlacionada com a obesidade e enfermidades crônicas não transmissíveis em todo mundo (FIOLET et al.,2018; com prognósticos alarmantes na América Latina, tanto para os adultos quanto para crianças (RIVERA et al, 2014; WHO, 2014). No Brasil, o consumo destes produtos tem crescido em ritmo acelerado (MONTEIRO et al., 2013; KARNOPP, 2017) e esta tendência que é mundial, vem sendo avaliada através de estudos (MONTEIRO 2009; MONTEIRO et al., 2010, 2011, 2012, 2013; MARTINS et al., 2013; ANSES,2017) bem como seu impacto na dieta e na saúde pública (MONTEIRO et al., 2010; SWINBURN et al., 2011; BIELEMANN et al. 2015).

Praticamente todos os alimentos que consumimos na atualidade são processados de alguma maneira. Porém os ultraprocessados não são alimentos, mas produtos desenvolvidos industrialmente, densos em energia (ricos em gorduras dietéticas e açúcares livres com alta carga glicêmica), em sódio e aditivos químicos, com pouca fibra dietética, micronutrientes e fitoquímicos (PAHO, 2015; LOUZADA, 2015). Estão disponíveis em todo tipo de comércio, muitos deles abertos 24 horas; são duráveis, prontos, fáceis ao consumo e propagandeados de maneira agressiva e sofisticada. Confundem os consumidores, maqueando sua real natureza com promessas saudáveis (MONTEIRO et al., 2013).

São social e culturalmente destrutivos, vêm substituindo frequentemente a diversidade e riqueza locais por um padrão globalizado e ambientalmente insustentável, por derivarem na sua grande maioria da grande adição de aditivos químicos e manipulação mecânica de apenas 3 espécies: milho, trigo, soja e animais alimentados por estes produtos (MONTEIRO et al, 2010, 2011, 2012, 2013; MONTEIRO e CANNON,2012; WHO, 2015).

São viciantes, deturpadores de paladar, induzem a escolhas e quantidades incorretas e possuem palatabilidade intensa dado ao alto teor de gordura, açúcar, sal e outros aditivos (MONTEIRO et al., 2011). Estudos nos orientam que a criança uma vez apresentada a grandes concentrações de açúcar ou sal tenderá a rejeitar outras formas de alimento ou preparação (SULLIVAN e BIRCH, 1994).

Estes produtos assemelham-se a alimentos naturais, mas na verdade representam uma “criação radical” composta pela indústria (MONTEIRO et al., 2010) como exemplifica LUDWIG (2011) ao descrever um alimento destinado ao público infantil:

“30 g de frutas Gushers possuem 90 kcal, uma quantidade trivial de morango a partir de um concentrado, variantes de açúcar e gordura parcialmente hidrogenada”; em contrapartida, 90 g de morangos, com as mesmas calorias, ofertará fibras, vitaminas C, A, E, B5 e B6, minerais como cálcio, potássio, ferro, selênio e magnésio e uma dezena de fito químicos e antioxidantes”.

As crianças são indivíduos vulneráveis, não possuem conhecimento nutricional e são incapazes de perceber os riscos de suas escolhas que poderão ser facilmente afetadas pelo marketing (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006; MAZZOCCHI et al., 2009). Por sua vez, dependem completamente do que lhes é oferecido e muitas vezes seus cuidadores não têm a informação necessária que os oriente às decisões corretas

sobre qual alimento selecionar para seus filhos (SASSI, 2010; HARRIS et al., 2016). Portanto, acreditamos que mesmo com efeitos modestos (FREEBAIRN, 2010), devemos adotar em todas as intervenções em alimentação, principalmente as dirigidas às crianças, orientação competente voltada à educação de profissionais da saúde e cuidadores para que sejam conscientizados sobre os malefícios destes produtos, a fim de que as crianças sejam protegidas; como alternativa, devemos oferecer às mães e/ou cuidadores orientação sobre como preparar, a partir de alimentos saudáveis, refeições seguras com a praticidade necessária exigida pelos tempos modernos.

## 1.4 ALIMENTAÇÃO BASEADA EM CUIDADOS RESPONSIVOS – CUIDADOS PSICOSSOCIAIS EM FAVOR DA BOA ALIMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A alimentação complementar ótima depende não somente da qualidade dos alimentos oferecidos às crianças, mas também de quem as alimenta, como são oferecidos, quando e onde (WHO, 2010; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2017). Os estudos de comportamento revelaram que o acompanhamento, a estimulação e o encorajamento sem coerção favorecem o desenvolvimento cognitivo infantil e, portanto, seu desenvolvimento (BLACK et al., 2015). Revisões recentes concluíram que o contexto de alimentação desempenha papel importante nas preferências alimentares (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2017) e na capacidade de autorregulação das crianças (comer quando está com fome e parar quando saciada) e por conseguinte no estabelecimento de sua dieta alimentar (BIRCH e DOUB, 2014; FISHER e DWYER, 2016); como os bebês não têm a capacidade de verbalizar suas necessidades alimentares e psicoemocionais, os cuidadores devem aprender a entender como seus bebês se comunicam (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2017). Uma abordagem responsiva dos pais visa à interpretação adequada dos sinais do bebê (ações motoras, expressões faciais ou vocalizações), enfatiza a afetividade positiva e responde através de um rico reconhecimento verbal (LANDRY et al., 2006, 2008).

Além disso, evidências que emergiram nas últimas duas décadas sobre o papel que a parentalidade responsiva desempenha no estabelecimento dos comportamentos de alimentação de crianças pequenas, indicaram que os cuidadores agem como modelos e os influenciam através da familiarização e da aprendizagem associativa e observacional (BIRCH e DOUB, 2014; DATTILO et al., 2012). Ou seja, a capacidade que os bebês têm em observar, processar e imitar o que os seus cuidadores fazem, inclui “o que seus cuidadores comem”, portanto, as crianças têm maior probabilidade de experimentar alimentos que observaram seus cuidadores comerem com entusiasmo, do que aqueles que não representaram nenhum modelo a eles. Isto inclui rejeitar mais facilmente alimentos para os quais seus cuidadores expressaram antipatia (LIBERMAN et al., 2016).

É importante que se enfatize que os momentos de comer são períodos de aprendizagem, amor e convivência entre a família e que o papel exclusivo da mãe como provedora única do alimento seja descentralizado e compartilhado pelo pai, avós, irmãos e outros familiares. Alimentar calma e pacientemente, mantendo o contato visual, minimizar as distrações durantes as refeições se a criança perde o interesse rapidamente, oferecer o alimento recusado em diversas e diferentes oportunidades para orientar a sua aceitação (SULLIVAN e BIRCH, 1994; BIRCH et al., 1998; MENELLA et al., 2016), são práticas necessárias à formação dos hábitos alimentares da criança, que os acompanharão por toda a vida até adultos (PERRINE et al., 2014; SONNEVILLE et al., 2015).

## 1.5 ALIMENTAÇÃO INFANTIL– NO BRASIL E NO MUNDO

Estima-se mundialmente que somente 37% dos lactentes recebem amamentação exclusiva (AME) durante os primeiros 6 meses. A prevalência de AME varia, sendo 47% nos países de baixa renda, 39% em países de baixa/média renda e 37% nos países de média/alta renda (VICTORA et al., 2016).

No Brasil, apesar de longe do ideal, houve uma melhora significativa na situação do aleitamento materno no período de 1975 a 2008 (VENANCIO et al., 2010).

Os indicadores aferidos na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, no conjunto das capitais brasileiras incluindo o Distrito Federal, foi de 54,1 dias (1,8 meses) para a duração mediana do AME e de 341,6 dias (11,2 meses) para a amamentação continuada, constando-se a introdução precoce de água, chás e outros leites (13,8%,15,3% e 17,8% respectivamente) já no primeiro mês de vida, e de comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%) em um quarto dos lactentes de 3 e 6 meses.

Com relação aos alimentos complementares, com frequência são introduzidos demasiadamente cedo ou tardiamente e geralmente são nutricionalmente inadequados e inseguros tanto no Brasil quanto em outros países (SIEGA-RIZ et al., 2010), principalmente os de média e baixa renda (BRASIL, 2009 b; WHO, 2010; CAETANO et al., 2010).

Estudos recentes (KHANAL et al., 2013; VICTOR et al., 2014) relataram que em média somente 35% dos lactentes do mundo receberam alimentos complementares que cumpriam a diversidade alimentar de acordo com os protocolos mundiais de saúde. Nos E.U.A. e Irlanda estudos demonstraram que alimentos sólidos são introduzidos antes de 4 meses (FEIN et al., 2008; TARRANT, 2010).

Na alimentação da criança brasileira o cenário também é preocupante: 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, período em que se recomenda a introdução de alimentos sólidos e semissólidos, não recebiam comida salgada; 30,2% não haviam consumido fruta; 29,1% não consumiam verduras e legumes (BRASIL, 2009b). Outros dados que requerem nossa atenção são: o consumo frequente de leite de vaca em detrimento à oferta de alimentos variados, além das farinhas, achocolatados, açúcar, salgadinho, refrigerantes e doces (CAETANO et al., 2010; GARCIA et al., 2011; TOLONI et al., 2011). A alta ingestão de alimentos pobres em nutrientes e a baixa ingestão de frutas e verduras no início da infância, como tem sido observado através destes estudos, vêm provavelmente contribuindo para as altas taxas de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas ao longo da vida (BIRO et al., 2010; CUBERO et al., 2010; SIEGA-RIZ et al., 2015).

Em relação aos marcadores de alimentos impróprios, dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada nas capitais e no Distrito Federal (2009), permitiram conhecer entre crianças brasileiras de 9 a 12 meses o consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%), bolachas e salgadinhos (71,7%), o que reflete nas taxas de deficiência de micronutrientes e a crescente prevalência de excesso de peso (PARK et al., 2014).

A região Nordeste do Brasil concentra elevada prevalência de insegurança alimentar e baixa ingestão de frutas, verduras, legumes e carnes, concorrendo com outras regiões pela inadequação da consistência da alimentação complementar entre crianças de 6 a 8 meses (SALDIVA, 2012) e do elevado consumo de biscoitos, salgadinhos e alimentos fritos (BRASIL, 2009 b).

A primeira Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que incluiu dados atualizados relacionados à saúde e de marcadores de padrões não saudáveis de alimentos, de crianças menores de dois anos, verificou entre as crianças estudadas, que o consumo de refrigerantes no dia anterior foi referido para cerca de uma a cada três crianças (32%) e o consumo de biscoito, bolachas e bolos foi referido para 60,8% das crianças (JAIME et al., 2016).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BRASIL, 2006), que identificou em crianças menores de 5 anos a diminuição da prevalência de baixa estatura/idade (6,8%) e baixo peso/estatura(1,6%), evidenciou também aumento da prevalência de excesso de peso (7,4%), concomitante a deficiências vitais para o desenvolvimento, como ferro (20,9%) e vitamina A (17,4%). Na escalada da má nutrição, a obesidade tem convivido com a desnutrição (WHO,2015), sobretudo em algumas regiões e grupos populacionais e se constitui demanda desafiadora para a saúde pública (BRASIL, 2006).

## 1.6 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS

As altas taxas de mortalidade associadas ao desmame precoce sensibilizaram a opinião pública e órgãos governamentais conduzindo a ações e estratégias para a retomada à prática da amamentação. Na década de 80, no Brasil, com o surgimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e dos Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, importantes políticas pró-

amamentação se estabelecem como a Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes, que se originou do compromisso que o Brasil assumiu na Assembléia Mundial de Saúde em 1981, conjuntamente com outros 118 países, de implementar o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do leite Materno (UNICEF, 2005); o funcionamento dos Bancos de Leite Humano; a inclusão na Constituição brasileira do direito legal a 120 dias de licença-maternidade remunerada e a licença paternidade de 5 dias (REA, 2003).

Em 1990 em uma reunião realizada em Florença pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criou-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que foi adotada pelo Brasil em 1992, com o intuito de promover a amamentação a partir da reorganização das práticas hospitalares de acordo com “Os dez passos para o sucesso da amamentação”. Atualmente, para ser amigo da criança, o hospital deve também respeitar critérios, como o cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, garantir livre acesso à mãe e ao pai e permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas, direitos estes, ratificados pela Portaria nº. 1.153, de 2014, além de cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), instituída pela resolução RDC 221/ 222, de 2002, sancionada através da Lei 11.265, de 2006 e regulamentada pelo decreto 8.552, de 2015. A essas ações se somam outras iniciativas de mobilização social, como a comemoração da Semana Mundial da Amamentação e de apoio à mulher, como as salas de apoio à amamentação (VENANCIO et al., 2010).

Vale lembrar o papel do Brasil como protagonista na 54ª. Assembleia Mundial da Saúde em 2001, ao apresentar uma proposta de resolução recomendando o aleitamento materno exclusivo por seis meses e não mais por um período variável de quatro a seis meses, aprovada por unanimidade pelos estados membros (LEÃO e CASTRO, 2007).

A promoção da amamentação tem sido ação prioritária no campo das políticas públicas de alimentação infantil, porém o Ministério da Saúde, com vistas ao enfoque da alimentação da criança pequena elaborou em 2002 o Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos, que fundamentou a publicação do manual “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para profissionais da saúde na atenção básica” (BRASIL, 2013 a), com uma nova

versão atualizada em 2010.Tendo em vista a necessidade de alinhar as recomendações sobre alimentação infantil com o Guia Alimentar da População Brasileira publicado em 2014, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS) ,coordenou a revisão para uma nova edição do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos. A elaboração deste documento através de um processo amplamente participativo, contou com a colaboração de universidades, pesquisadores, grupos acadêmicos, instituições da sociedade e organismos internacionais, além de uma etapa de consulta pública, finalizada em agosto de 2018. O material disponibilizado para consulta pública permitiu a identificação de importantes mudanças, em especial a adoção de Doze Passos Para Uma Alimentação Saudável, que orientam resumidamente como amamentar e alimentar corretamente a criança (BRASIL, 2018).

Outra importante publicação do MS sobre o tema foi o “Caderno de Atenção Básica nº 23: Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar”, de 2009, com segunda edição atualizada publicada em 2015 (BRASIL, 2015).

A promoção da alimentação complementar saudável está inserida em um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que tem como fio condutor o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2013b).

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do autocuidado (BRASIL, 2013b). Com vistas a este preceito surgem estratégias como a Rede Amamenta Brasil (2008) e a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), em 2009; a primeira

com enfoque no aleitamento materno, a segunda voltada à alimentação complementar, porém ambas com a finalidade de promover a prática da atenção à saúde das crianças de 0 a 2 anos de idade, capacitando os profissionais da Atenção Básica por meio de atividades participativas, troca de informações e experiências, num diálogo que permite a construção do conhecimento a partir de realidades locais compartilhadas.

Em 2012, partindo de uma demanda dos próprios profissionais de saúde, o MS lança, com o compromisso da formação de recursos na atenção básica, a estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), resultado da integração da Rede Amamenta Brasil e ENPACS, com o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica a fim de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A base legal adotada para a formulação desta estratégia são as políticas e programas já existentes como: Política Nacional de Atenção Básica PNAB (Portaria nº. 2.488, 2011), a Política Nacional de Promoção da Saúde PNPS (Portaria nº. 687, 2006), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999; 2011) , a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha (2011) (Brasil, 2019).

A Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS) e a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, são as responsáveis pela formulação das ações da nova estratégia, que visa colaborar com as iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças. A Oficina da EAAB tem como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexiva desenvolvida por meio de atividades teóricas e práticas, leituras e discussões de textos, troca de experiências, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação.

Para a efetivação da Estratégia os estados e municípios estão se organizando para formar os profissionais da atenção básica por meio de duas ações: formação de tutores e oficinas de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS).

**A Oficina de formação de tutores** qualifica profissionais de referência que serão responsáveis em disseminar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas suas respectivas equipes e UBS. Esses profissionais se constituem nos pilares que deverão apoiar o planejamento, acompanhamento e/ou fortalecimento das ações de

promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável na UBS, de forma contínua. O Ministério da Saúde, desde março de 2013, vem apoiando os estados na formação de tutores para capilarizar a Estratégia nos municípios. Com o intuito de complementar a formação destes tutores o MS lançou no segundo semestre de 2014, o Curso de Educação à Distância (EAD) sobre Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.

**A oficina de trabalho na UBS** discute a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável com as equipes das UBS com vistas ao planejamento de ações de incentivo à alimentação saudável na infância de acordo com a realidade local. Essa oficina é o ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções com o objetivo de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável e acontece a partir de um cronograma firmado entre a UBS e a Secretaria de Saúde, com tempo variável de acordo com a metodologia e os temas específicos.

A Organização Mundial da Saúde, subsidiada por estudos mundiais, tem se referido ao desenvolvimento na primeira infância como um “determinante social da saúde” e a “base do desenvolvimento humano” e que todas as estratégias e ações vinculadas a este aspecto se constituirão na condição que determinará “o grau de êxito das sociedades” (WHO, 2010) e, portanto, intervenções para melhorar o aspecto das dietas infantis são vitais (SPENCE et al., 2014).

## 1.7 EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR INFANTIL

Frente ao cenário epidemiológico descrito acima e os esforços empreendidos nas políticas públicas para o seu enfrentamento, é fundamental que se analisem as intervenções sobre práticas de alimentação complementar. Nesta revisão, as intervenções se referem a intervenções de educação que visaram mudanças positivas

no comportamento em saúde, e nosso intuíto foi de observar, além da efetividade, os diversos graus de impacto destas e suas variáveis.

As intervenções educacionais são amplamente reconhecidas como eficazes na promoção de estratégias de saúde pública (HIGGINS et al., 2008; SHAH et al., 2009; BRUNELLO et al., 2012). Elas têm sido usadas para prevenir doenças, ajudar os pacientes ou seus cuidadores a gerenciar eficazmente as condições de saúde e melhorar ou encorajar a adoção de estilos e comportamentos de vida saudáveis e comportamentos nos indivíduos e na comunidade (HUNTER et al., 2010; OFOTOKUN et al., 2010; FREDERICKS e YAU, 2013).

Vários estudos sugerem que as intervenções educacionais podem ser usadas para melhorar as práticas de alimentação complementar (MONTE et al., 1997; ROY et al., 2007). GULDAN e col. (2000) e KILARU et al., (2005), relataram que sessões de aconselhamento sobre práticas adequadas de alimentação complementar melhoraram os resultados como o crescimento de lactentes, práticas de alimentação infantil e conhecimento materno. Estudos de HOTZ e GIBSON (2005) e SALEEM e col. (2014), apontaram que as palestras/mensagens nutricionais entregues aos cuidadores de crianças foram eficazes na melhoria da ingestão de energia e crescimento de lactentes. Em BLACK et al. (2001), uma intervenção educativa integrada em visitas domiciliares melhorou o tempo de iniciação da alimentação complementar entre mães adolescentes, enquanto em GULDAN et al.(2000) e YIN et al. (2009), palestras e aconselhamento melhoraram o conhecimento nutricional dos cuidadores. A educação nutricional por meio de discussões em grupos focais também tem sido relatada como eficaz na prevenção da desnutrição e atraso no crescimento em crianças menores de dois anos de idade (ROY et al., 2007).

SUNGUYA et al. (2013) conduziram uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, indexados nas bases de dados em saúde PubMed / MEDLINE, CINAHL, EMBASE e ISI Web of Knowledge, e bancos de dados regionais da OMS, publicados entre 1 de novembro de 1997 a outubro de 2012, com a intenção de avaliarem a eficácia do treinamento nutricional para profissionais de saúde sobre as práticas de alimentação infantil em crianças de 6 a 24 meses. Os desfechos de interesse foram frequência alimentar, consumo de energia e diversidade alimentar.

Os ensaios foram selecionados após serem avaliados utilizando-se o sistema GRADE (Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) e o tamanho do efeito global das intervenções calculado em meta-análises que

agregaram a diferença de médias padronizadas a fim de minimizar o risco advindo das variações nos estudos analisados, tais como: as diferentes regiões onde foram conduzidos, sistemas de saúde diversos, profissionais de saúde de vários escalonamentos.

Apesar de os estudos terem sido conduzidos em diferentes contextos regionais, os autores relatam que o treinamento em nutrição para profissionais de saúde pôde melhorar tanto a ingestão diária de energia quanto a diversidade e a frequência alimentar em crianças de 6 a 24 meses. Os autores atribuem o mérito dos desfechos positivos a trajetória pela qual a intervenção foi conduzida, a saber:

1. A capacitação nutricional dos profissionais de saúde, de fato pôde aumentar e atualizar seus conhecimentos em nutrição e saúde nutricional;

2. A atualização de conhecimentos dos profissionais da saúde pôde alertá-los para novas descobertas pertinentes aos seu ambientes (GULDAN et al., 2000; MOORE et al., 2003; ZAMAN et al., 2008; PALWALA et al., 2009), permitindo abordar os possíveis determinantes da desnutrição em sua regiões, melhorando sua confiança, aconselhamento e suas habilidades de comunicação, contribuindo para a transferência efetiva destes conhecimentos aos usuários finais, neste caso os cuidadores, (SANTOS et al, 2001; PELTO et al., 2004; BHANDARI et al., 2004; PENNY et al., 2005; ZAMAN et al., 2008).

3. Os cuidadores, por sua vez, aconselhados por profissionais da saúde capacitados em nutrição específica infantil, melhoraram seus conhecimentos em nutrição (PELTO et al., 2004), preparação de alimentos (ZAMAN et al., 2008; PALWALA et al., 2009) e comportamentos alimentares saudáveis (SRIPAIPAN et al., 2002).

Desde a mais tenra idade se formam hábitos alimentares que marcam os bebês pelo resto de suas vidas e estas primeiras etapas dependem inteiramente de quem as brindam e estará influenciada pelos conhecimentos que têm estas pessoas de como selecionar e preparar os alimentos (CUBERO et al., 2010; VEREECKEN e MAES, 2010; SPENCE et al., 2014). Estudos confirmam que um melhor conhecimento materno sobre nutrição infantil melhora significantemente a qualidade da dieta em crianças de 18 meses (SPENCE et al., 2014; KULWA et al., 2014) e que profissionais da saúde devidamente capacitados podem transformar positivamente as atitudes e práticas maternas e de cuidadores em geral, tanto do aleitamento materno quanto da

alimentação complementar (ZAMAN et al., 2008; CUBERO et al., 2010; SIEGA-RIZ et al., 2010; VITOLO et al., 2014; VAZIR et al., 2013).

ZAMAN et al. (2008), inseridos na revisão de SUNGUYA et al. (2013), utilizaram diretrizes genéricas de aconselhamento nutricional de um estudo anterior realizado em Pelotas (SANTOS et al., 2001), adaptadas ao ambiente paquistanês, com a finalidade de testar a eficácia da capacitação de profissionais de saúde para aconselhar os cuidadores sobre a alimentação de crianças pequenas (6 a 24 meses), durante as consultas num centro de saúde, quando a criança estava doente. Os autores observaram que houve efeito positivo, similar ao estudo brasileiro, quanto à melhora das habilidades de comunicação e aconselhamento entre os trabalhadores de saúde treinados e que estes puderam oferecer melhor adequação do conteúdo das recomendações sobre alimentação complementar, com um impacto positivo bastante significativo sobre as crianças que procuraram cuidados/tratamento. Apesar destes resultados, apoiados por um elo causal atribuído ao tipo de estudo (randomizado com avaliação cega), os autores constataram, entre essas crianças, alta prevalência de diarreia e de infecções do trato respiratório que contribuíram para o crescimento vacilante, contrariando o efeito da intervenção (ZAMAN et al., 1993; MAHAMUD et al., 1993). Eles atribuíram este desfecho ao fato de que apenas 58% dos profissionais de saúde treinados, quando observados individualmente em suas atuações, apresentaram desempenho adequado nas consultas, e que o contato com as mães do grupo de intervenção foi na maioria dos casos limitado a uma única sessão de encontro/aconselhamento, e que a ausência de um efeito significativo no crescimento linear pode ter sido ocasionada pela duração relativamente curta do ensaio (6 meses).

A desnutrição infantil é frequente nos países de baixa e média renda e segundo as estimativas o atraso de crescimento (altura para idade Z < -2) junto com a restrição do crescimento intrauterino são responsáveis por 2,1 milhões de morte em todo mundo (IMDAD et al., 2011).

A incidência de retardo do crescimento é mais alta nos dois primeiros anos de vida especialmente depois dos 6 meses de idade quando o aleitamento materno exclusivo não pode mais suprir as necessidades energéticas de uma criança em rápido crescimento (BLACK et al., 2015). Dentro destas perspectivas foram revistos 3795 estudos com populações da África, Peru, Índia e China num contexto de alta insegurança alimentar e pobreza e com altas taxas de desnutrição na primeira infância (6-24 meses de idade), a fim de que fosse avaliado o impacto de intervenções que

utilizaram somente a provisão de alimentos complementares e as que além da oferta de alimentos, incluíram orientação nutricional (IMDAD et al., 2011).

Apesar da variedade de resultados entre os estudos, confirmou-se a eficácia das intervenções educativas na melhoria das práticas de alimentação, ratificando-se que a intervenção chave para o combate da desnutrição incluiu a educação nutricional além de somente a oferta de alimentos complementares ou recursos para adquiri-los.

Lassi et al., 2013, reafirmaram estes achados em revisão que apreciou estratégias de aconselhamento nutricional materno com a finalidade de orientar atitudes saudáveis para melhorar a qualidade e quantidade dos alimentos complementares em criança até 2 anos de idade. Mães tem sido alvo de intervenções para melhorar a nutrição na primeira infância, tendo em vista que possuem uma influência crítica sobre a dieta das crianças (VEREECKEN e MAES, 2010) e compreender os fatores maternos que mediam o efeito de uma intervenção sobre dietas de crianças pequenas é importante, mas não tem sido muito investigado.

SPENCE e col. (2014) avaliaram quais componentes do comportamento materno (conhecimento e práticas de alimentação, auto-eficácia e as ingestões nutricionais maternas) foram impactados por uma intervenção para melhorar a qualidade da dieta em crianças de 18 meses de idade (especificamente promovendo o consumo de frutas, legumes e verduras e desencorajando alimentos não saudáveis). O estudo randomizado e controlado, foi conduzido entre 2008 e 2010 por enfermeiras de Saúde Materno infantil (CAMPBELL K et al., 2008, CAMPBELL KJ et al., 2013) na Austrália, com 480 participantes. Os princípios chaves da intervenção incluíram a oferta de orientação antecipatória (NELSON et al., 2013) promovendo a divisão de responsabilidades na alimentação de crianças (SATTER, 1995) e enfatizando habilidades parentais (CAMPBELL K et al., 2008).

A melhoria do conhecimento nutricional materno e o menor uso de alimento como recompensa mediou o efeito da intervenção em 33% e 22%. Os resultados demonstraram que os domínios maternos são importantes, impactam sobre as dietas de crianças pequenas e que a melhoria dos conhecimentos nutricionais dos cuidadores influenciam a qualidade das dietas infantis. As descobertas sobre o conhecimento como mediador do efeito da intervenção é consistente com outros estudos de promoção da saúde em crianças e adultos (REYNOLDS et al., 2004; CAMPBELL K et al., 2008). Outros achados a se considerar neste estudo foram que os participantes, mães e/ou cuidadores após serem orientados, passaram a usar

menos alimentos como recompensa, menor pressão na hora de alimentar seus filhos e tenderam a ser mais confiantes para limitar os alimentos não saudáveis; porém não houve aumento significativo no consumo de frutas, verduras e legumes sugerindo que foi mais fácil reduzir o comportamento não saudável do que aumentar os saudáveis.

Alguns estudos nacionais também foram conduzidos para avaliar o efeito de ações e estratégias propostas pelo MS. Com o objetivo de avaliar a efetivadade da Estratégia Nacional para Alimentação complementar Saudável (ENPACS), na melhoria da alimentação complementar no primeiro ano de vida em um município brasileiro, BALDISSERA et al., 2016, conduziram um estudo que envolveu 340 crianças com idade entre 6 e 12 meses, sendo 153 do grupo intervenção selecionadas em duas unidades básicas de saúde (UBS) que aderiram a ENPACS e 187 do grupo controle, selecionadas em 16 UBS (11 crianças por unidade) que não aderiram à ENPACS. Os desfechos avaliados foram prevalência do consumo de verduras, legumes, frutas; prevalência de alimentos com consistência adequada para a idade e consumo de alimentos não saudáveis. Os resultados associaram à ENPACS a redução do consumo de refrigerantes e/ou suco industrializado (32%), comida industrializada (35%) e alimentos não saudáveis em geral (5%), no entanto não houve aumento no consumo de alimentos na consistência adequada. Similarmente ao estudo de SPENCE et al., 2014, a estratégia não aumentou o consumo de frutas, verduras e legumes.

VITOLO et al. (2014) avaliaram o impacto de um programa de atualização em alimentação infantil para profissionais de saúde que trabalhavam na atenção primária, de acordo com a publicação do manual dirigido a estes profissionais, “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos”. O ensaio de campo randomizado por conglomerados realizado em Porto Alegre (RS) incluiu vinte unidades de saúde, sendo onze unidades do grupo controle e nove do grupo intervenção, nas quais duzentos profissionais receberam orientações quanto às diretrizes alimentares para lactentes do MS. Realizou-se visita domiciliar às mães de 619 crianças aos nove meses de idade, 318 do grupo intervenção e 301 do grupo controle para obtenção das variáveis relacionadas a aleitamento materno e introdução de alimentos. Os resultados demonstraram que a atualização dos profissionais de saúde teve impacto positivo nas práticas de aleitamento materno exclusivo em crianças de um, dois e três meses de idade do grupo intervenção em comparação ao grupo controle (72% *versus* 59%; 63% *versus* 48% e 44% ver*sus* 35%,

respectivamente). Não houve impacto nas taxas de aleitamento materno exclusivo na faixa etária igual ou maior a quatro meses e este desfecho não pode ser justificado, chegando-se à conclusão mais provável de que estratégias de ação que promovam efetividade, deverão ser combinadas, envolvendo assistência pré-natal, hospitalar e comunitária. Com relação à introdução de outros alimentos para as crianças entre 6 e 9 meses, 37% do grupo intervenção e 23% do grupo controle consumiram carne quatro vezes ou mais na semana. A prevalência entre crianças de 6 meses que já haviam consumido refrigerante foi de 35% para o grupo intervenção versus 53% para o grupo controle, chocolate, 25% *versus* 37%, queijo *petit suisse,* 69% versus 80%, e café, 10% v*ersus* 20%. O estudo ressalta que os desfechos favoráveis se deram em razão da ênfase dada a esses aspectos, tanto na atualização dos profissionais quanto no material fornecido a eles.

SHI e ZHANG (2011), conduziram uma revisão sistemática a partir de 1998, sobre a eficácia de programas de intervenção educacional em países em desenvolvimento, que tinham como objetivo a melhoria das práticas de alimentação complementar. Apesar dos estudos serem heterogêneos (estratégias de diferentes intensidades, com populações e contextos socioeconômicos diferentes), os autores relataram que estes programas obtiveram efeitos positivos tanto nas práticas de alimentação complementar quanto em nutrição e crescimento infantil.

As principais características observadas nestas diversas intervenções e que concorreram para o sucesso de seus desfechos foram:

A. A intervenção deve ser sensível às diferenças culturais, acessível e integrada aos recursos locais;

B. O plano de intervenção deve levar em conta a cultura local e como as pessoas preparam alimentos complementares;

C. Se os alimentos locais são suficientes para satisfazer os requisitos nutricionais;

D. Se as estratégias são aceitáveis, acessíveis e convenientes para aquela localidade;

E. Que seja usada como estratégia a comunicação interpessoal (método de comunicação que promove a troca de informações entre 2 ou mais pessoas; cada qual com seu repertório cultural, formação educacional, vivências, emoções, linguagem);

F. Não apenas visar as mães, mas também envolver outros membros da família para criar um ambiente de apoio, facilitando a mudança do comportamento alimentar saudável;

G. Que preferencialmente, seja implantada através de Serviços de Saúde existentes a fim de garantir sustentabilidade da ação a longo prazo.

Como pudemos constatar, para fornecer nutrição adequada aos seus bebês, os cuidadores precisam de apoio (WHO, 2015) e da orientação de profissionais especializados, devidamente atualizados em nutrição, que lhes servirão de tutores neste processo (BRASIL, 2014). Porém, a concepção de uma intervenção eficaz deverá envolver o conhecimento sobre as necessidades e percepções; crenças, opiniões e atitudes da comunidade em que ela será aplicada (USAID, 2011).

# 2 JUSTIFICATIVA

A importância da alimentação da criança, principalmente nos seus primeiros anos de vida, está fartamente documentada e sua determinação inserida em vários documentos internacionais e de Políticas de Saúde. Se adequada nos primeiros 1000 dias, determinará o pleno desenvolvimento deste indivíduo em todas as fases da vida, fará parte da prevenção de agravos e doenças da fase adulta e é a garantia de uma vida ativa, necessária ao digno enfrentamento do processo de envelhecimento, outro grande desafio para a agenda de políticas públicas.

Estudos nacionais e internacionais observaram que a alimentação complementar oferecida às crianças é de baixa qualidade e sua prática depende especialmente do conhecimento daqueles que diretamente (cuidadores) ou indiretamente (membros da família, comunidade) influenciam o estado nutricional da criança.

As revisões sistemáticas sobre as intervenções voltadas à alimentação complementar nos demostraram, em diversos graus de impacto, a efetividade das intervenções educativas centradas na mudança de comportamento dos cuidadores. Porém, para que as intervenções sejam efetivas, é necessário que se compreendam os mecanismos de adesão a um novo comportamento.

Assim, justifica-se a realização de um estudo que identifique barreiras e dificuldades para a adoção de práticas de alimentação complementar, a partir da análise de percepções, crenças, opiniões e atitudes de cuidadores, a fim de subsidiar estratégias e abordagens cada vez mais eficazes, para atender e fortalecer as políticas voltadas à promoção da alimentação complementar saudável em nosso meio.

# 3 OBJETIVOS

## 3.1 GERAL

- Caracterizar barreiras e facilitadores na adoção da alimentação complementar para crianças de 6 a 12 meses, sob a ótica de cuidadores.

## 3.2 ESPECÍFICOS

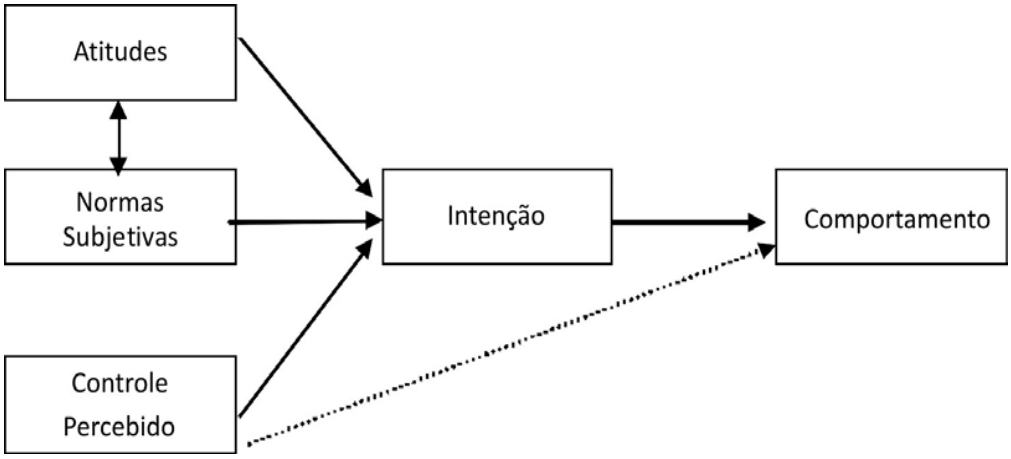
- Identificar percepções, crenças, opiniões e atitudes dos cuidadores sobre alimentação complementar;
- Identificar a influência das redes sociais formais e informais sobre a adoção de práticas de alimentação complementar;
- Identificar fatores socioeconômicos e de políticas públicas que interferem para adoção da alimentação complementar;
- Identificar como se dá a participação do homem na divisão de tarefas, seu interesse, conhecimento e envolvimento com a alimentação dos filhos.

# 4 PERCURSO METODOLÓGICO

## 4.1 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

A melhoria da saúde e do estado nutricional das crianças pode ser conseguida através da abordagem de práticas adequadas de alimentação e prestação de cuidados através de programas de comunicação para mudança de comportamento (ALLEN e GILLESPIE, 2001; MENON et al., 2005) e são comumente chamadas de "educação nutricional". Educação nutricional, neste sentido, que traz como referência e conceito o Marco de Educação Alimentar Nutricional (EAN), não se restringe em educar os indivíduos ou fornecer informações sobre práticas saudáveis. Ocupa-se em processos ativos que incorporem os conhecimentos e práticas populares, contextualizando-os nas realidades dos indivíduos, suas famílias e grupos e no fortalecimento e ampliação de sua autonomia para as escolhas e práticas alimentares (BRASIL, 2012). As abordagens educativas e pedagógicas adotadas em EAN devem promover a autonomia informada e o autocuidado, que por sua vez dependerá de motivação e consciência (BRASIL, 2012).

A Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1991) afirma que a probabilidade de um indivíduo adotar um novo comportamento é determinada pela sua "intenção" de executar esse comportamento, que por sua vez, é influenciado pela sua atitude (atitudes positivas ou negativas de um indivíduo em relação ao comportamento desejado); por normas subjetivas (são as pressões sociais que o indivíduo experimenta para adotar ou evitar o comportamento desejado) e por controles comportamentais percebidos (são a percepção de uma pessoa sobre sua capacidade de realizar um determinado comportamento).




Fonte: Beck e Ajzen, 1991.

Em outras palavras, a Atitude é a predisposição para uma reação comportamental (Intenção) em relação a um fato ou situação (Comportamento). A Atitude são as crenças do indíviduo, nos benefícios que o comportamento irá gerar. Ex.: Os benefícios em alimentação complementar podem incluir: a proteção contra doenças, desenvolvimento físico e cognitivo (da inteligência), do melhor desempenho escolar, tornar-se uma pessoa bem-sucedida profissional e financeiramente, ter boa saúde na idade adulta, longevidade. No Projeto Integrado de Nutrição de Bangladesh, apesar da ampla insegurança alimentar para fornecer os alimentos complementares recomendados, as mães foram capazes de fazê-lo a partir de seus próprios recursos, por estarem altamente motivadas pela educação nutricional (USAID, 2011).

O constructo Normas Subjetivas também depende das crenças (AJZEN, 1991) e se referem às crenças do indivíduo, advindas das opiniões de “outros” (que ele considera importantes); a aprovação ou desaprovação destes em relação ao comportamento. Uma Intervenção para grupos étnicos nômades no Irã obteve êxito na mudança dos hábitos alimentares das mães, ao incluir apoio de líderes tribais, que eram pessoas consideradas na sociedade como formadores de opinião (USAID, 2011).

O Controle Percebido ou Controle Comportamental inclui a percepção na capacidade em realizar um determinado comportamento. Muitos programas sobre educação em alimentação complementar incluíram demonstrações de culinária e alimentação em suas intervenções. Essas sessões não só capacitaram as mulheres com as habilidades e conhecimentos para preparar alimentos enriquecidos

disponíveis localmente, na consistência e quantidade apropriada, como também abordaram as limitações financeiras e de tempo (USAID, 2011).

As intervenções educacionais para melhorar práticas de alimentação complementar que fornecem conhecimento sem abordar barreiras podem não ser tão eficazes, de modo que é recomendado que se identifiquem os desafios comuns associados, o que poderá incluir a compreensão das percepções e restrições na adoção das práticas e descobertas de “lacunas de conhecimento”.

O processo deste estudo subentende aprender com as comunidades escolhidas, as barreiras para a adoção de práticas de alimentação complementar através das percepções, crenças, opiniões e atitudes de cuidadores (BRASIL, 2012).

## 4.2 OPÇÕES METODOLÓGICAS

Para poder responder aos propósitos deste estudo optamos por uma abordagem de natureza qualitativa e exploratória, cuja perspectiva holística enfatizasse o processo, muito mais do que os resultados ou produtos (HOLLIDAY, 2007).

Esse tipo de método que nos permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares propicia a construção de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

Caracteriza-se pela valorização da compreensão, na qual o significado é de importância vital e exige que os pesquisadores abordem o universo pesquisado de forma minuciosa, analisando os dados em toda a sua riqueza, respeitando o máximo possível a forma em que foram registrados e transcritos (BODGAN e BIKLEN, 1994), com ética e rigor metodológico (MACK, 2011).

Neste tipo de estudo a relação de conhecimento se estabelece entre iguais: o objeto e o sujeito do estudo coincidem e o critério de cientificidade passa a ser a subjetividade, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Em nosso estudo, não pretendemos testar ou verificar teorias existentes, predizer ou controlar, nem tampouco colocar ênfase na medição, mas compreender os processos de incorporação e vivência dos participantes sobre o tema, através do universo de significados, ressignificados, valores e atitudes presentes em seus relatos (STRAUSS e CORBIN, 2008).

## 4.3 PRODUÇÃO DE DADOS

O desenvolvimento de qualquer projeto de investigação pressupõe considerar qual opção torna factível a meta almejada, em nosso caso, promover uma melhor compreensão e interpretação dos processos de incorporação e vivência de cuidadores com relação ao tema da alimentação complementar de crianças pequenas. Desta forma dentro da abordagem qualitativa, optamos por trabalhar para a coleta de dados com duas técnicas de pesquisa: grupo focal, formado por participantes do gênero feminino e entrevista em profundidade, aplicada a cuidadores do gênero masculino, ambas com roteiros semiestruturados. O Quadro 1 resume a finalidade e alguns dos pontos fortes das técnicas escolhidas.

Quadro1. Entrevista em Profundidade e Grupos Focais – características gerais.

| Técnica | Finalidade | Força da técnica |
|---|---|---|
| Entrevista em Profundidade | Experiências individuais, opiniões, sentimentos;<br><br>Abordar tópicos sensíveis. | Possibilita respostas em profundidade.<br>Obtém uma perspectiva interpretativa: conexões e relacionamentos particulares do sujeito com eventos, fenômenos e crenças. |
| Grupo Focal | Identifica as normas de um grupo; possibilita as opiniões sobre estas normas; descobre a variedade dentro de uma população. | A dinâmica de grupo estimula conversas e reações;<br>Possibilita em um curto tempo, informações sobre uma série de normas e opiniões. |

Fonte: MACK et al., 2011.

### 4.3.1 Grupo Focal

O valor principal desta técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (KRUEGER, 1988). Se desenvolve através de opiniões informais dos participantes com atenção aos aspectos cognitivos e simbólicos sobre um determinado tema (GODIM, 2003; BONI e QUARESMA, 2005), incorporando o método problematizador, valorizando-o na prática da educação dialógica (RODRIGUES e BOOG, 2006).

A interação do grupo privilegia reflexões e uma produção de dados que dificilmente seriam obtidos fora do grupo e é neste sentido que o pesquisador deverá

conduzir a discussão de um determinado tópico: garantindo que os participantes dialoguem entre si, ao invés de interagirem somente com ele (BARBOUR, 2009; USAID, 2011).

Em nosso estudo, a pesquisadora assumiu o papel de moderadora e sua principal função foi a de viabilizar a discussão e a interação entre os participantes, intervindo discretamente, a fim de permitir que o grupo se expressasse livremente (WESTPHAL et al., 1996). Contou com o auxílio de uma assistente na função de observadora, relatora de acontecimentos e facilitadora do andamento dos trabalhos (CARLINI-CONTRIN, 1996).

Para nortear a discussão e permitir a conexão entre os objetivos da pesquisa e o grupo focal, utilizou-se um guia ou roteiro semiestruturado desenvolvido em tópicos (ANEXO 1). Sua construção foi discutida entre a orientadora e orientanda e reformulado algumas vezes até que apresentasse flexibilidade suficiente para prover a espontaneidade dos diálogos e o surgimento de questões adjacentes (MORGAN,1988; TRAD, 2009). O roteiro foi testado previamente durante uma situação piloto (NOGUEIRA – MARTINS e BÓGUS, 2004); não houve necessidade de ajuste após o pré teste.

A duração recomendada para um grupo focal é de uma a duas horas (KRUEGER, 1988; USAID, 2011); a duração dos grupos focais em nossa investigação variou entre 60 e 90 minutos.

Um grupo focal exige uma composição pequena que propicie um bom fluxo de conversação. Na literatura o tamanho sugerido para um grupo pode variar de 3 a 12 pessoas (GODIM, 2003; BARBOUR, 2009) e de 6 a 11 pessoas (KRUEGER, 1988; USAID, 2011). Recomenda-se também que sejam recrutados cerca de 20% a mais do que o planejado a fim de garantir o número mínimo de participantes para a realização do grupo focal (KRUEGER, 1988).

A seleção dos participantes será determinada pelo foco ou necessidade do estudo, portanto, é imprescindível que compartilhem características em comum relacionadas ao tópico da discussão e que possuam origens socioeconômicas e culturais homogêneas (SOARES, 2000; USAID, 2011). É importante, também, que não pertençam ao mesmo círculo de amizade ou trabalho a fim de evitar temor do impacto (real ou imaginário) que suas opiniões possam produzir (MORGAN, 1988; NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

A produção de dados através de grupo focal envolveu 2 grupos, recrutados em duas localidades com características socioeconômicas diversas a fim de se conhecer o tema estudado sob circunstâncias e contextos diferentes. Um dos grupos foi recrutado na Unidade Básica de Saúde Jardim Esperança, de Francisco Morato, município localizado na Grande São Paulo, considerado uma cidade dormitório por não possuir grandes indústrias geradoras de empregos e que sobrevive da arrecadação de impostos municipais, aqui neste estudo nominado G1. Inicialmente fizemos uma apresentação de nossos propósitos à equipe da Unidade, que se prontificou a recrutar mães de crianças entre 6 a 12 meses, usuárias do serviço. A necessidade de as participantes cumprirem a rotina de cuidados com os filhos confluiu para que houvesse, na data e hora agendadas (02 de abril às 09:30h), oito cuidadoras, com características que atendiam aos critérios para composição do grupo focal. O outro grupo foi recrutado em uma clínica de pediatria privada no município de São Paulo/SP (Casa Curumim), aqui nominado G2. Foram contatadas inicialmente 12 mães, dentre as quais 8 confirmaram a possibilidade da presença para o sábado dia 24 de março as 10:00h, destas, 04 compareceram, fornecendo contingente para a operacionalização do grupo focal (GODIM, 2003; BARBOUR, 2009). Ambos os encontros ocorreram nos locais acima mencionados.

Zelamos, desde o recrutamento até o transcorrer da realização do grupo, para o estabelecimento de um clima de confiança e amabilidade, procurando que os encontros ocorressem em dias e horas mais convenientes para as participantes, de modo que não se sentissem pressionadas (USAID, 2011; MACK et al., 2011). Na condução do grupo focal procuramos adotar uma postura de acolhimento, empatia, escuta ativa e atenção pela individualidade e singularidade das narrativas (KRUEGER, 1988; MACK et al.,2011). Logo após nos apresentarmos, buscamos explicitar com clareza os objetivos do estudo, assegurando cumprir os princípios éticos da confidencialidade dos dados e do anonimato (MORSE, 1994; OLABUÉNAGA, 2003).

Alguns dados para caracterização das participantes também foram solicitados no início dos trabalhos (Quadro 3).

Os encontros com os grupos focais foram gravados em sistema áudio, após consentimento e rigorosamente transcritos. Em nenhum momento sentimos que a presença do gravador tenha causado inibição ou constrangimento às entrevistadas.

### 4.3.2 Entrevista Semiestruturada em Profundidade

A palavra entrevista cobre uma extensa área de práticas e a forma e o estilo a ser usado será determinado pelo propósito ou finalidade que ela deverá responder. Para ROSA E ARNOLDI (2006), as entrevistas foram categorizadas em três tipos: a estruturada ou fechada, a semiestruturada e a livre ou aberta; a principal diferença entre elas é o nível de estruturação e o grau que se permite ao entrevistado guiar o conteúdo da entrevista.

Neste estudo, optamos pela entrevista semiestruturada, pela flexibilidade e liberdade que permite ao investigador redirecionar as questões e as hipóteses, à medida em que se vai obtendo as respostas (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004). Serve aos propósitos de uma exploração em profundidade, que como a nossa, deseja extrair uma imagem vívida da perspectiva do participante sobre o tema (MACK et al., 2011).

As entrevistas em profundidade nos fornecem a oportunidade de conhecer como as pessoas interpretam e ordenam um determinado assunto, através de suas opiniões e experiências pessoais. Para isso o investigador deverá estar atento às explicações causais que os participantes fornecem e às conexões e relacionamentos entre suas crenças e o tema estudado (MACK et al., 2011).

Além disso, e de acordo com NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS (2004), o entrevistador deve se atentar aos aspectos não verbais como gestos, expressões, entonações, hesitações e alterações do ritmo, cuja captação será muito importante na compreensão e validação efetiva do que foi relatado.

Tendo por base a orientação da literatura (STRAUSS e CORBIN, 2008), nosso instrumento de coleta de dados constituiu-se em um roteiro (ANEXO 2) como guia inicial, formulado a partir de discussões entre a orientadora e orientanda. As questões foram aplicadas de maneira não rígida, dependendo principalmente da circunstância de cada entrevista, permitindo que o colaborador se expusesse livremente. O roteiro foi pré-testado e sua aplicação aprovada em uma entrevista piloto (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Realizamos um total de 4 entrevistas em profundidade, com cuidadores homens, explorando o tema da alimentação complementar dos seus filhos pequenos, com a intenção de promover uma melhor compreensão dos processos de incorporação e vivência do gênero, no papel de cuidador de seus filhos. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora que contou com a ajuda de uma assistente.

A participação do homem na divisão de tarefas, seu interesse, conhecimento e envolvimento com os cuidados e alimentação dos filhos tem sido relativamente negligenciada pela investigação (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017) e é de grande interesse à medida que a mulher assume uma vida profissional extra domicilio, acumulando cada vez mais responsabilidades (PARKER, 2013).

A condição para o recrutamento foi a de que os participantes fossem pais de crianças entre 6 a 12 meses de idade; dois deles com filhos frequentadores da UBS Jardim Esperança em Francisco Morato, aqui nominados E1, e os outros dois com filhos atendidos na clínica de pediatria privada Curumim, em São Paulo, aqui nomeados E2, contextualizando as impressões masculinas em duas realidades socioeconômicas diversas.

O respeito ao entrevistado envolve a observação de sua cultura e valores, garantia do sigilo e anonimato e o zelo ao seu conforto, marcando-se local e horário que seja de sua conveniência (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Desta forma, a realização das duas entrevistas com os pais sediados na capital ocorreu na sede da clínica Curumim, no sábado dia 05 de maio, individualmente, uma às 10:00h e a outra às 10:30h. Os participantes eram pais de crianças cuja as mães haviam participado do Grupo focal. A experiência em trabalhar com os pais de uma mesma criança, em diferentes dias, permitiu apurar diferentes perspectivas, compará-las e apreciar suas congruências e contradições. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 19 minutos.

As entrevistas realizadas com os dois pais de Francisco Morato ocorreram em dias e locais diferentes, atendendo a disponibilidade dos colaboradores. Ambas haviam sido agendadas pela equipe da UBS Jardim Esperança, para o dia 27 de abril, porém um dos entrevistados não pode comparecer em virtude de ter sido convocado pelo trabalho, em última hora. Desta forma, voltamos a Francisco Morato no sábado dia 28 de abril e a entrevista foi realizada em sua residência. O contato com o participante no contexto domiciliar e que incluiu a observação de momentos de

interação familiar, permitiu obter aspectos da realidade de seu cotidiano que ampliaram os significados de sua entrevista (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Procuramos explorar e interpretar as linguagens não verbais dos participantes como os gestos corporais, as pausas e risos a fim de capturar tudo o que não fosse explícito. As entrevistas foram gravadas em sistema áudio e subsequentemente transcritas.

As características sociodemográficas dos participantes foram ordenadas no Quadro 4, de acordo com o registro em suas entrevistas.

## 4.4 ANÁLISE DE DADOS

Logo que realizamos os grupos focais e as entrevistas, o nosso primeiro passo foi o da transcrição meticulosa das gravações. Optou-se por não se realizar correções gramaticais a fim de garantir ao máximo a fidedignidade do conteúdo.

A partir do primeiro contato sistemático com os dados colhidos, passamos à leitura de todo o material e em uma pré-análise (MORGAN, 1988; BARDIN, 2009) agrupamos todo o conteúdo pelas falas de cada participante, o que exigiu que lêssemos e relêssemos cada depoimento. Esta exploração exaustiva do material nos possibilitou uma grande intimidade com o conteúdo, tanto objetiva quanto subjetiva (BARDIN, 2009).

A emergência dos conteúdos, tanto do grupo focal quanto das entrevistas, nos orientou à possibilidade de organizá-los em categorias temáticas (BARDIN, 2009) de acordo com os objetivos deste estudo. Em particular, as categorias, Crenças, Opiniões e Atitudes, foram organizadas de acordo com as sua relações com as recomendações do Ministério da Saúde, incluídas no documento preliminar “Guia alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos, através de dez dos Doze Passos Para Uma Alimentação Saudável. Os Passos 10: Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança” e 12: Proteger a criança da publicidade de alimentos, não foram

contemplados, porque não emergiram das falas conteúdos sobre estes dois aspectos, já que o roteiro não visou à priori, a análise através dos “Doze Passos”.

Cabe ressaltar que a opção por organizar o conteúdo à luz dessas recomendações se deu em função da possibilidade de fortalecer a implementação deste importante documento.

As categorias temáticas e a descrição de seus conteúdos são apresentados no Quadro 2.

Os resultados foram analisados por meio de discussão, reflexões e problematizações, devidamente embasados pela literatura consultada inicialmente e complementada à medida que emergiram os conteúdos das falas, conforme possibilita a abordagem qualitativa.

**Quadro 2.** Categorias temáticas e descrição do conteúdo.

| Categorias Temáticas | Descrição de conteúdo. |
|---|---|
| A. Crenças, Opiniões, Atitudes | Recomendações do MS, incluídas no documento "Guia alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos", descritas a seguir:<br><br>Passo 1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente leite materno até 6 meses.<br><br>Passo 2. Oferecer outros alimentos, além do leite materno, a partir dos 6 meses.<br><br>Passo 3. Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.<br><br>Passo 4. Alimentar a criança com alimentos in natura e/ou minimamente processados.<br><br>Passo 5. Oferecer a comida na consistência espessa quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.<br><br>Passo 6. Não oferecer açúcar à criança até 2 anos de idade.<br><br>Passo 7. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.<br><br>Passo 8. Cozinhar para a família e para a criança a mesma comida usando alimentos in natura e/ou minimamente processados.<br><br>Passo 9. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto.<br><br>Passo 11. Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa. |
| B. Influências sobre as práticas de alimentação complementar | Influências formais e informais |
| C. Papel dos Fatores Socioeconômicos | C.1. Reflexos das condições socioeconômicas e de políticas públicas na adoção da alimentação complementar<br><br>C.2. Contexto socioeconômico dos dois grupos: semelhanças e diferenças quanto às práticas de alimentação complementar |
| D. Questões de Gênero | O desafio na Divisão de Tarefas: na visão das mulheres e dos homens. |

## 4.5 CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA

Conforme exigência da resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, a presente pesquisa foi submetida ao comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública, recebendo parecer de aprovação sob o número 2.358.135 (ANEXO 4).

Foram explanados claramente, aos participantes, os objetivos de pesquisa e as condições éticas de sigilo, garantindo que se sentissem livres para desistir de participar, sem qualquer prejuízo, caso fosse de sua vontade. Em seguida, foi fornecido a todos, em duas cópias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a orientação que uma das vias assinadas ficaria em nosso poder (ANEXO 3).

# 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 5.1 CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo, aqui nominados G1 e E1, residem no município de Francisco Morato que pertence a Zona Norte da Região Metropolitana de São Paulo (EMPLASA, 2019). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população moratense em 1970 era de 11.231, alcançando no censo de 2000 um número de residentes doze vezes maior, em virtude do grande afluxo de migrantes, que lá se estabeleceram, muitos deles vindos do nordeste do país para trabalhar na capital paulista (VIDALI, 2018). Sua população, estimada em 2018, era de 174.000 habitantes, em uma área de 49 km², o que resulta numa densidade demográfica de 3.551,11 hab/km² (IBGE, 2018).

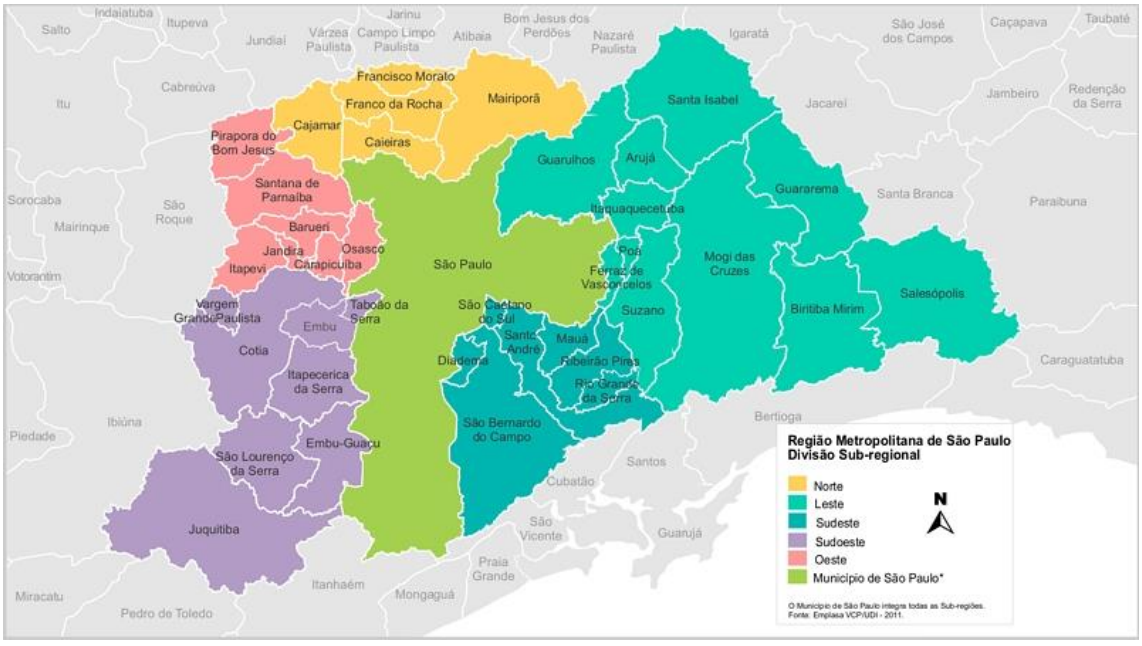



Figura 1 - Região metropolitana de São Paulo – Divisão Sub-regional. EMPLASA, 2019.

Um dos grandes problemas da cidade é a falta de empregos o que força os habitantes a trabalharem na capital paulista ou nos municípios vizinhos. Sua população em sua grande maioria sai de manhã para trabalhar na capital e retorna somente a noite. Tal movimento foi possibilitado pelos trens da linha 7 da Companhia Paulista de Trens Metropolitanos (CPTM) repassada do governo federal para o governo paulista em 1994 (VIDALI, 2018).

A cidade ainda carece de empresas de grande porte, praticamente toda sua economia gira em torno do comércio local, responsável por 16% da ocupação da população na faixa etária de 18 anos ou mais, que se baseia em lojas de vestuário, calçados e alimentação. O setor de serviços abarca 49%, o setor de construção 13% e 13% se concentra em empregos na indústria em transformação (EMPLASA, 2019).

Em 2016, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2.2 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6.3%. A porcentagem da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo era em 2010 de 38% (IBGE, 2010).

Figura 2 - Forma de ocupação nos anos 2010, Francisco Morato. Foto Agnaldo Vidali

Os participantes, nominados neste estudo, G2 e E2, residem na Zona Oeste da capital paulista, uma região administrativa estabelecida pela Prefeitura de São Paulo e que engloba as subprefeituras da Lapa, Pinheiros e Butantã. De acordo com dados demográficos de 2017 das três Prefeituras Regionais, disponíveis no site da Prefeitura de São Paulo, a Zona Oeste possui uma população de 1.023.486 habitantes distribuídos em 127,90 Km². A região é composta pelos bairros: Vila Leopoldina, Alto de Pinheiros, Lapa, Vila Madalena, Pompéia, Vila dos Remédios, Perdizes, Barra Funda, Butantã, Morumbi, Vila Sonia, Raposo Tavares, Jardim Paulista, Rio Pequeno, Jaguaré e Jaguará.

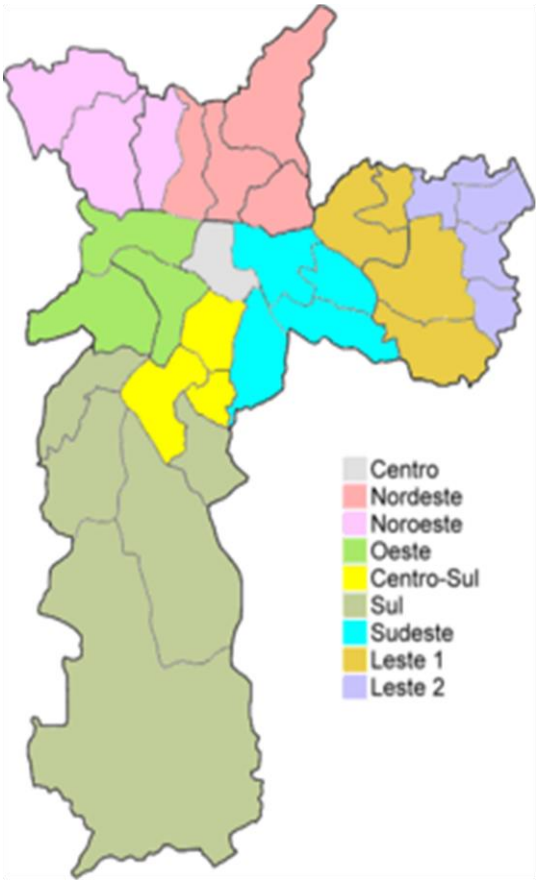



Figura 3 - Município de São Paulo. Divisão sub-regional. SEMPLA, 2002

Nesta região, a parcela de postos de trabalho é três vezes maior do que a de pessoas empregadas que nela residem (SEADE, 2016) e está entre as quatro áreas com a menor taxa de desemprego entre 2015 e 2016 (20,6%) em relação a observada no Município de São Paulo (SEADE, 2016).

Na lista de sub prefeituras, organizadas pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e incluídas no Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo (2000) as sub prefeituras que compreendem a região Oeste, encontram-se nas categorias: “muito elevado”, Pinheiros e Lapa com IDH de 0,956 e 0,932 respectivamente e “elevado”, a do Butantã com IDH 0,885 (SEADE, 2017).

Figura 4 - Foto do Distrito de Alto de Pinheiros. SAAP, 2012.

Observa-se entre as participantes dos dois grupos focais que o grau de escolaridade é maior no G2, aonde todas possuem nível superior completo. No G1, a maioria tem ensino médio completo, uma não respondeu e uma, ensino superior completo.

Em relação à distribuição etária, a idade do G1 varia entre 21 e 30 anos e a metade relatou ter outros filhos. Já no G2, todas primíparas, a idade varia entre 29 e 37 anos. No G1, apenas uma das mães possuía trabalho extradomiciliar, enquanto que no G2, todas relataram atividades profissionais formais (Quadro 3).

**Quadro 3 –** Características sociodemográficas das participantes dos Grupos Focais. São Paulo, 2018.

| | Identificação | IIdade | Escolaridade | Idade do(a) filho(a) em meses | Outros filhos | Creche /similar | Se trabalha ou não fora do lar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G1 | AB | 25 | Ensino médio completo | 6 | 01 | --------- | Não trabalha fora do lar |
| | A | 30 | Ensino médio incompleto | 10 | Não | Similar | Trabalha fora do lar |
| | K | 22 | Ensino médio completo | 11 | 02 | --------- | Não trabalha fora do lar |
| | L | 22 | Ensino médio completo | 8 | Não | --------- | Não trabalha fora do lar |
| | Ju | 20 | Ensino médio completo | 6 | Não | --------- | Não trabalha fora do lar |
| | S | 26 | Ensino superior completo | 9 | Não | --------- | Não trabalha fora do lar |
| | Jo | 21 | Não respondeu | 7 | 01 | --------- | Não trabalha fora do lar |
| | R | 23 | Ensino médio completo | 10 | 01 | --------- | Não trabalha fora do lar |
| G2 | N | 34 | Ensino superior completo | 8 | não | Sim | Trabalha fora do lar |
| | A | 37 | Ensino superior completo | 7 | Não | Similar | Trabalha fora do lar |
| | M | 29 | Ensino superior completo | 8 | Não | Similar | Trabalha fora do lar |
| | B | 30 | Pós graduação | 7 | Não | Similar | Trabalha fora do lar. Dois dias por semana atende o expediente em casa. |

*similar: babá, outros cuidadores.

**Quadro 4 –** Características sociodemográficas dos participantes das entrevistas em profundidade. São Paulo, 2018.

| Localidade | Identificação | Idade | Escolaridade | Idade do(a) filho(a) em meses | Outros filhos / idade | Jornada de trabalho |
|---|---|---|---|---|---|---|
| E1 | V | 34 | Ensino médio incompleto | 10,5 | Sim/ 13 anos | 12 por 36h |
| | CR | 34 | Ensino médio completo | 9 | Sim/ 14 anos | 7h dia |
| E2 | R | 35 | Ensino superior incompleto | 9 | Não | 8h dia |
| | M | 34 | Ensino superior completo | 8 | Não | 8h dia |

Entre os entrevistados, tanto os do E1 quanto do E2, a idade é homogênea, variando entre 34 e 35 anos. Todos possuíam empregos formais. Os do E1, com cargas horárias que os permitiam estar mais próximos dos filhos. Observou-se entre os dois grupos, diferenças com relação ao grau de escolaridade: maior para o E2 (ensino superior completo e incompleto) e menor para o E1 (ensino médio completo e incompleto). Coincidentemente, ambos os pais do E1 relatam ter outro filho entre 13 e 14 anos. Para os pais do E2 trata-se da primeira paternidade (Quadro 4).

## 5.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.2.1 Categorias Temáticas

A. Crenças, Opiniões e Atitudes.

***Passo 1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.***

*O leite materno é muito importante para a criança até 2 anos ou mais, sendo o único alimento que a criança deve receber até 6 meses, sem necessidade de água, chá ou qualquer outro alimento. Começar a amamentação logo após o nascimento, na primeira hora de vida, traz benefícios para a criança e para a mãe. A composição do leite materno é única, personalizada e atende as necessidades nutricionais da criança conforme a sua idade, protege contra doenças na infância e na vida adulta, ajuda o desenvolvimento do cérebro e fortalece o vínculo entre mãe e criança. A existência de uma rede de apoio à mãe que amamenta é importante para o sucesso da amamentação (BRASIL, 2018).*

> ***S G1*** *Aos cinco meses e meio não quis mais mamar, já tomava mamadeira como complemento. Ela tinha raiva...mordia meu peito...não saia muito.*
>
> ***L G1*** *Quando ele tinha três meses meu leite diminuiu. Ele mamava duas, três horas e continuava chorando de fome. Aí foi que eu entrei com a fórmula.*
>
> ***V E1****... minha esposa, ela não teve muito leite. Com três ou quatro semanas ela (a filha) já tomava fórmula.*

As principais razões apresentadas pelos participantes para a introdução precoce de outros leites e alimentos, se baseiam na crença que a criança tem fome, que o leite não é suficiente em quantidade e/ou qualidade (HEINIG et al.,2006); (FEIN, 2008; CLAYTON, 2013). A melhoria da orientação durante a gravidez e o apoio para o manejo da lactação nos primeiros dias e semanas após o parto podem ajudar a superar estas dificuldades e garantir o sucesso da amamentação (PEREZ-ESCAMILLA, 2017).

> ***K G1****... a partir de uns três meses já tava tacando alguma coisa, fruta, na boca dela... ela sentia muita fome... eu acho assim: que a gente vê tanta criança aí que precisa comer as coisas, que não tem, porque a mãe não tem leite ou que a criança passa por necessidade. A mãe dá o que tem e a criança não morre, não passa mal. ...você tem que ver se o filho se adaptou... tá comendo? Você está*

> *vigiando? Se não faz mal pra ele, acredito que não tenha problema nenhum você dar.*

Sabemos que a introdução precoce de alimentos diminui a ingestão do leite materno e consequentemente reduz os fatores de proteção oferecidos por este importante alimento (UNICEF, 2006), aumentando a vulnerabilidade da criança para diarreias e infecções (GIUGLIANI E VICTORA, 2000; WHO, 2011), além de interferir na absorção de nutrientes fundamentais ao seu desenvolvimento (UNICEF, 2006; WHO, 2011). Adicionalmente, está relacionada a doenças cardiovasculares e ao aumento de risco para a obesidade na vida adulta (VICTORA et al., 2016; WOO BAIDAL et al., 2016). Estas ameaças podem não resultar em morte iminente, mas poderão causar danos irreversíveis à saúde *deste indivíduo (WHO, 2015).* Se além das informações sobre os prejuízos, fossem oferecidas aos cuidadores mensagens claras e motivadoras sobre as vantagens da amamentação (mais saúde e inteligência, melhor desempenho escolar, maior capacidade e sucesso, melhor renda na idade adulta) (VICTORA et al.,2015; 2016), não viabilizaríamos mais facilmente a adoção do novo comportamento? (AJZEN, 1991)

> ***AB G1*** *Aos 5 meses outros leites: ...Nestogenio – ele ressecou; Ninho de caixinha e Mucilon, ele não se deu. Agora, desse tempo prá cá, ele tá tomando leite (de vaca) com aveia ... só que a noite ele acorda 5 vezes e só que mamar no peito, mamadeira ele empurra, só quer peito, e acorda umas 5 vezes. Então acho que o leite está fraco...não sei se é por causa dos dentinhos também que ele está enjoado. Enfim, é muita dificuldade*.

AB tenta introduzir outros leites e reforço com farinhas desnecessariamente. Ela não valoriza o poder do seu leite. Seu filho está numa transição que ela não consegue atender por não ter sido instrumentalizada para esse momento. Ela associa o choro noturno do filho com fome apesar de suspeitar que a causa seja outra. Estas pistas enfatizam a necessidade de orientação antecipatória à mãe para que tenha mais subsídios para entender tais situações. Responder ao choro e angústia do bebê com alimentação pode condicioná-lo a acordar esperando ser alimentado, mesmo não estando com fome (PERÉZ-ESCAMILLA, 2017).

> ***Jo G1*** *Mas com 3 meses eu dava água e chá de camomila, porque ela tem muita cólica. Eu falava p/ a pediatra e ela brigava comigo, falava que era p/dar só o leite do peito. Mas mesmo assim eu dava, porque ela se espremia de cólica....*
> *Com 5 meses ...batia no liquidificador: frutas, leite com Mucilon, papinha de comida.*
>
> ***Ju G1*** *...já comecei a introduzir a papinha mais cedo (5 meses), pra já ir adaptando, porque pretendo trabalhar quando ela estiver com 7 meses.*
>
> ***R G1*** *O pediatra falava: começa a introduzir com 5,6 meses...eu sempre comecei antes: com uns 3,4 já estava dando comida, papinha, fruta. Eu não tinha dúvidas, porque como eu falei, desde pequena cuidava de crianças.*

Observa-se também um sistema de valores e crenças já instalado que afeta as práticas, como o uso do chá para a cólica da criança, ou a introdução precoce da alimentação à revelia da orientação formal do pediatra (AUBEL, 2012). Estudos têm chamado atenção para o fato de que a tomada de decisões e adoção das práticas relacionadas à nutrição e saúde materna e infantil, depende em grande parte, das influências no contexto familiar (Simon et. Al. 2001; PÉREZ- ESCAMILLA, 2017).

***Passo 2. Oferecer outros alimentos, além do leite materno, a partir dos 6 meses.***

*O consumo de outros alimentos além do leite materno passa a ser necessário para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança. Ofereça refeições preparadas com alimentos in natura e minimamente processados e continue amamentando até os 2 anos ou mais. O número de refeições ao longo do dia e a quantidade de alimentos oferecidos devem aumentar conforme a criança cresce para suprir suas necessidades. Essas refeições podem ser dadas cerca de 3 vezes ao dia aos 6 meses, 4 vezes ao dia entre 7 e 11 meses e 5 vezes ao dia, a partir dos 12 meses, podendo variar em função do apetite e da rotina da família. Ao completar um ano a criança já deve estar fazendo as principais refeições com a família (café da manhã, almoço e jantar), além de lanches/merenda e do leite materno (BRASIL, 2018).*

> ***Jo G1*** *...e quando eu passava na pediatra, na Dra. A, eu perguntava e ela falava que com 6 meses em diante, mas, coisas mais leves...*

No relato acima a dúvida de Jo continuou sem resposta. Os estudos têm apontado que os pediatras têm sérias restrições de tempo dada a grande quantidade de informação que eles precisam transmitir no período muito curto da consulta

(HALFON et al., 2011). Por isso a importância de outros profissionais de saúde serem envolvidos e treinados para educação e orientação dos cuidadores, neste período de transição tão importante da criança (PÉREZ- ESCAMILLA, 2017).

> ***AB G1*** *Ele sempre está comendo bem algumas coisas, só a comida de sal que ele recusa, tipo feijão com arroz. Acho que por ele ter seis mês e por estar sempre no peito, mas banana eu amasso e dou, ele come uma inteira. Se der mais, ele come, mas eu tenho receio. ... termina a banana e já quer o peito, então eu dou peito e ele dorme.*
>
> ***B G2*** *...logo que ela (a filha) não comeu, eu vejo que ela está com fome, eu dou o peito. Aí eu falo assim: é o peito e acabou.*
> *... eu tive muitos problemas com a amamentação e agora que eu peguei o gosto da amamentação, pra mim o peito resolve!*
>
> ***A G2*** *Eu tento...se não der, vai ficando, porque ontem eu dei fruta, as vezes eu espero e logo em seguida dou o peito. O peito acaba sendo um substituto...não sei se isso é bom ou não.*
>
> ***N G2*** *Eu imagino assim: ...que eles poderiam...até pela dificuldade que eu tenho quanto a introdução da papinha salgada...que fosse um pouquinho mais tarde. Isso é da minha cabeça ...começasse com um ano...que eles estão um pouco mais independentes...acho que eles conseguiriam comer melhor.*
> *Acredito, acaba sendo mais resistência deles por conta que são pequenininhos, se adaptando com tudo. Acredito que se eles começassem um pouquinho depois...com 1 aninho, eles já se adaptariam melhor.*
>
> ***M G2*** *Eu já passei pela amamentação, depois tudo que vier vai ser fácil. Só que não né? É igual a um jogo de videogame – tem suas fases...*

AB não se sente encorajada a introduzir os novos alimentos; A e B a substituem pelo peito; N acredita que seria melhor postergar a introdução; M desabafa: “é um desafio”.

A introdução da alimentação complementar requer novos padrões de resposta e capacitação dos cuidadores e significa uma transição. A transição, que é um conceito contemporâneo e que surge da teoria de crise, exige que os envolvidos precisem interagir com sua nova situação a fim de desenvolver confiança e se adaptarem à mudança (MELEIS et al., 2000).

Além da capacitação dos cuidadores para instrumentalizá-los à mudança é necessário que sejam motivados a adotarem o novo comportamento (AJZEN, 1991).

Como por exemplo: que a criança certamente aprenderá a aceitar os alimentos, que isto talvez não aconteça da primeira vez e que seja necessário que ela seja exposta repetidamente aos novos sabores (MENNELLA, REITTER e DANIELS, 2016). Mas que investir tempo e paciência neste período da vida do bebê trará muitas vantagens, já que o que ele aprender a comer nesse momento fará parte das suas escolhas durante toda a sua infância, adolescência e até quando for adulto (MENNELLA, REITTER e DANIELS, 2016). Que a criança é um prédio em construção e que a alimentação neste período significa o alicerce que garantirá sua saúde e inteligência para toda a vida (PÉREZ- ESCAMILLA, 2017).

> ***M G2*** *A quantidade. Acho que é a parte mais difícil...qual é o suficiente?...saudável pra fazer ela crescer?*
> *Eu não me sinto segura na quantidade...eu sinto um pouco...não sei se é a palavra correta que a gente está usando...deste desperdício também.*
>
> ***A G2****...eu não sei se posso continuar dando...eu falo: ela ainda está com fome, dou um pouco mais e ela vomita.*
>
> ***B G2*** *o fato dela não comer um prato cheio me deixa angustiada...acho que ela não está comendo.*
>
> ***Mi E2 ****... algumas pessoas que já falaram para A. que deveria dar a comida dela até ela não querer mais. Eu tenho um pouco o pé atrás com isso, porque, é lógico, eu não quero que ela passe fome, mas eu queria ter uma quantia média que satisfizesse ela, não gostaria de deixar à vontade assim porque acho que com o tempo ela pode se perder nisso.*
>
> ***S G1*** *...a quantidade que tem que dar...se pode dar o que estou dando, se não pode...se vai prejudicar futuramente a saúde dela...qual o limite.*

As dúvidas sobre a quantidade indicam que os cuidadores precisam receber informações que as orientem mais sobre o tema. Apesar de sabermos que cada bebê é um caso único e cada um precisará de uma quantidade diferente (WHO, 2011) uma sugestão, em colheres de sopa por exemplo, como parâmetro inicial para os primeiros 6 e 7 meses, dentro das diretrizes (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017), poderia aliviar o estresse tão comum neste início do processo e oferecer segurança para que os pais

se sintam mais eficazes e possam responder mais apropriadamente às necessidades da criança (RELVAS, 2004).

> ***B G2*** *Ela mama de duas em duas horas. A que horas eu introduzo os alimentos?*
>
> ***A G2*** *Ela mama no peito, mas ela come. Mas aí ela não come, eu dou o peito. Pode, não pode? Ela vai continuar no peito e parar de comer ou ela vai comer e parar o peito? É minha maior dúvida: aonde fica o peito nesta história?*

As mães que continuaram a amamentar suas crianças depois dos seis meses de idade devem ser encorajadas a continuar amamentando (PERRINE, 2014), porém com a orientação de que a partir dos seis meses, no almoço e no jantar, sejam oferecidos os “novos alimentos” e que estes não devem ser substituídos pela amamentação. Esta informação, de maneira clara, pode ajudar a criar um divisor de águas e instituir a nova rotina.

***Passo 3. Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.***

*Água é alimento e deve fazer parte do hábito alimentar desde o início da oferta dos outros alimentos. A água é essencial para a hidratação da criança e não deve ser substituída por nenhum líquido, como chá ou suco, muito menos refrigerante ou outras bebidas ultraprocessadas. Habituar a criança a ingerir essas bebidas açucaradas aumenta a chance de a criança apresentar excesso de peso e cárie dentária, além de desestimular o consumo de água. Ofereça água para a criança mesmo sem ela pedir (BRASIL, 2018).*

> ***CR E1 ...****eu tenho a mesma opinião (da esposa), de não dar coisas que faz mal à criança: refrigerante, suco, tem suco industrial, ... que fala, essas coisas que são fabricadas em indústria, que tem conservantes, não é bom para criança, até mesmo o suco, o suco bom mesmo não é esses de embalagem que a gente compra, tem que fazer com a fruta, e a fruta é diferente.*
>
> ***Ju G1*** *Suco, não consegui introduzir. Ela só toma água!*

> ***Jo G1*** *Eu faço o suquinho dela, e o dela é normal: de laranja. O meu e o da Y. (4 anos) é Tang normal, porque ela (a filha mais nova) não pode comer porcaria...e o dela é normal de laranja e de maracujá, porque é bom pra se acalmar.*

A filha de CR tem 9 meses; as de Ju e Jo, 7 meses. É interessante notar que na percepção dos cuidadores acima, o suco é saudável e deve ser oferecido como alimento.

> ***N G2*** *Suquinho, ele (o pediatra) não liberou; só a partir dos 12 meses. Porém outras colegas já dão para os bebês com 6, 7 meses. Suquinho não é permitido por causa do açúcar? Por que vai estufar?*

Inferimos a partir das conversas informais entre os cuidadores que poucos compreendem os perigos de ofertar aos seus bebês, suco antes dos 12 meses (MANNINO et al., 2004). Entender claramente que é no início da vida que as preferências de sabor e os padrões alimentares de um indivíduo são apreendidos (SONNEVILLE et al., 2015; MONTEIRO, 2011) e que consumir suco de frutas é um preditor de obesidade (SONNEVILLE et al., 2015), talvez sejam aspectos chave que estabeleçam uma nova percepção (AJZEN, 1991).

***Passo 4. Alimentar a criança com alimentos in natura e ou minimamente processados.***

*A alimentação da criança deve ser composta por comida de verdade, isto é, refeições feitas com alimentos in natura e ou minimamente processados de diferentes grupos (por exemplo feijões, cereais, raízes e tubérculos, frutas, legumes e verduras, carnes). Refeições com maior variedade de alimentos são as mais adequadas e saudáveis para a criança e toda a família. Varie a oferta de alimentos ao longo do dia, e ao longo da semana (BRASIL, 2018).*

> ***S G1*** *A J come o que a gente come: arroz, feijão. Só não gosta de miojo.*

S desconhece que o produto acima mencionado é um ultraprocessado e que ultraprocessados não são saudáveis, nem para sua filha e nem para a sua família (MONTEIRO, 2013).

> ***B G2*** *Aí teve um dia que a gente pediu "um japonês" e vem aquele arrozinho. Meu marido falou: "dá pra ela"...nossa! mas ela comeu tanto desse arroz, que eu fiquei impressionada!*
> *Mas assim, chegou uma pizza de brócolis, só de brócolis, eu dei pra ela. Amou!*
> *Biscoito de polvilho é industrializado? Posso dar?*

B parece não se aperceber que está oferecendo a filha alimentos onde há grandes concentrações de açúcar adicionado, realçadores de sabor e sal. Desconhece também que esse é um período em que as preferências alimentares estão sendo estabelecidas (SONNEVILLE et al.,2015) e que a criança uma vez apresentada a grandes concentrações de sal e açúcar, tenderá a rejeitar outras formas de alimento ou preparação (SULLIVAN e BIRCH,1994; MONTEIRO, 2011).

> ***V E1*** *A gente começou a dar essas papinhas industrializadas. A gente ia no mercado e comprava, sempre duas salgadas e uma doce..... com sete meses a gente já começou a dar frutas, ela (esposa) começou a fazer mais comida natural, mais papinha natural... assim, mais saudáveis.*
>
> ***AB G1*** *... de dia ele mama leite com aveia**.** A minha dificuldade é com a alimentação...fico em dúvida se pode ou não pode e a noite. Eu tenho medo de dar papinha a noite, de ele passar mal... papinha de legumes, comprada pronta no supermercado...comida não dou.*
>
> ***Ju G1*** *...a primeira vez que dei (papinha) pra ela foi a comprada da Nestlé ela não aceitou bem. A que eu faço ela gosta mais.*

Observamos que os pais buscam a "papa industrializada" no período de maior sensibilidade da transição. Fomos visitar uma página eletrônica citada várias vezes durante os diálogos e nela estão vinculadas mensagens de marketing de uma marca conhecida de papa industrializada. Elas se apresentam em potes para 6 meses (115 g), 8 e 12 meses (170 g), sugerindo aos pais qual a quantidade que devem oferecer aos seus filhos naquela idade. Seu maior trunfo é o de oferecerem mensagens de segurança, que é exatamente o que os cuidadores tanto precisam neste período de crise (WARREN, 2005).

> ***Jo G1*** *(S. acorda cedo) e...ela vai dormir as 9:30h; e ela já acorda e toma uma mamadeira. Então, ao invés de almoçar meio dia e meio que é a hora da mais velha almoçar, ela não quer porque tá cheia. Aí vou dando um suquinho, uma banana, uma maçã... E aí ela vai a tarde toda: não para de comer 1 minuto ...*

O relato de Jo faz parecer que é sua filha quem dita os horários e o que quer comer, mas na verdade quem estabelece e influencia preferências e a capacidade de auto regulação da criança é o cuidador a partir dos alimentos oferecidos e da frequência em que são oferecidos (PÉREZ – ESCAMILLA et al., 2017).

***Passo 5. Oferecer a comida na consistência espessa quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.***

*A comida com consistência espessa é a adequada à criança e contribui para seu desenvolvimento, além de conter mais energia e nutrientes. A mastigação estimula o desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça. Desde o início o alimento deve ser espesso o suficiente para não "escorrer" da colher. No início, amassar os alimentos apenas com o garfo e picar bem os alimentos mais duros, como carnes, é o bastante. Para deixar na consistência adequada, não bata no liquidificador e nem peneire os alimentos. Nos meses seguintes, amasse cada vez menos e comece a oferecê-los em pedaços pequenos. Por volta de um ano a criança estará preparada para comer os alimentos com a mesma consistência da família (BRASIL, 2018).*

Nos relatos abaixo, as mães expõem insegurança com relação à textura adequada na introdução dos alimentos e suas dificuldades as levam a caminhos prejudiciais para suas crianças:

A partir da experiência com S e a maçã, Jo toma a decisão de nunca mais oferecer a fruta à filha e passa a liquidificar todos os alimentos sem exceção.

> ***Jo G1*** *Ela adora maçã, mas não dou mais porque ela se engasgou. Fui dar 1 maçã pra ela ficar chupando, foi quando ela se engasgou, eu quase perdi a S. Então não dou mais maçã pra ela.*
> *Agora bato tudo no liquidificador...arroz, feijão...macarrão, aí eu tiro o dela pra bater no liquidificador. Tudo o que eu faço pra mim e minha mais velha comer, eu bato o dela separadamente.*

Há ainda novas tendências disponíveis como o método Baby Led Weaning (RAPLEY, 2008), para o qual ainda não se tem uma tomada de posição e que aguarda evidências e estudos (PÉREZ-SCAMILLA, 2017).

> ***M G2*** *... com ela quando é uma sopinha mais grossa é uma delícia, quando é um sólido, é um pouco mais difícil, porque não tem dentinho, estão nascendo...engolir é mais difícil, as vezes fica um pedaço atrás ...não mastigou tudo.*
> *Por isso eu falo do BLW...acho muita autonomia pra pouco tempo de vida.*
> *E a textura? Será que não confunde estar oferecendo na boca, estar pegando na mão?*
>
> ***B G2*** *... tem o BLW, que elas falavam muito... Ontem ela colocou um pedação de pera na boca...é um problema...fico angustiada...ainda fica lá...aquele negócio fica na garganta e aí ela cospe.*

.

Por outro lado, a "cultura da papa", da diluição, parece ser uma saída recorrente quando há dúvida.

> ***A G2*** *Eu tenho esse sentimento: Na minha cabeça a introdução seria uma papinha no mixer.*
>
> ***B G2 ...****elas (outras mães) colocavam água filtrada...ficou mais liquida, foi aonde fluiu.*

Nas conversas dos grupos ou durante as entrevistas, nenhum dos cuidadores narrou ter sido orientado sobre o fato de que crianças tem uma capacidade estomacal limitada, precisam ser alimentadas com porções pequenas e por isso a importância da consistência correta (WHO, 2015; PÉREZ ESCAMILLA, 2017).

***Passo 6. Não oferecer açúcar à criança até 2 anos de idade.***

*O consumo de açúcar não é necessário e causa danos à saúde como cáries, obesidade e doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer. Além disso, acostumar a criança desde cedo ao sabor excessivamente doce pode causar*

*dificuldade de aceitação dos alimentos in natura e minimamente processado. Não inclua na alimentação da criança nem mel, nem açúcar de qualquer tipo (mascavo, demerara, cristal ou refinado ("branco") rapadura, melaço), nem ofereça preparações e produtos prontos que contenham algum desses ingredientes. Os adoçantes (em pó ou líquido) também não devem ser usados na alimentação da criança até 2 anos, pois contém substâncias químicas não adequadas nesta fase da vida (BRASIL, 2018).*

Os relatos abaixo envolvem crianças com 6,7, 9 e 11 meses. É nesse período tão sensível que se formam as preferências de sabor, padrões alimentares e tendência à obesidade (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017). Observamos que nenhuma das mães tinha suficiente conhecimento para avaliar as consequências em oferecer ou deixar que oferecessem aos seus filhos, os alimentos aqui mencionados.

> ***Jo G1*** *E às vezes não quer mais a mamadeira, então tem que dar Danone, banana, fruta, bolacha, sopinha daquela bolacha de maisena com leite. Mingau também..., sabe aquele mingau de maisena.*
> ***S G1*** *...dou suco, faço vitamina, que ela gosta também.*
>
> ***K G1****...bolacha e tal, minha mãe dá na mão dela.*
>
> ***AB G1*** *minha irmã, quando vou na casa dela já deixa os mimos dele lá. Só que ela acaba comprando bolacha recheada e tudo que não é pra dar no momento.*
>
> ***Ju G1 ...****industrializado, doce...eu* ***ainda*** *não comecei a dar.*
>
> ***B G2*** *...bolachinha de maisena. Antes se dava pra criança, né?*

Orientar os cuidadores claramente sobre o longo alcance dos riscos que poderão acometer seus filhos, talvez pudesse ser uma forma de motivá-los a mudança para uma nova atitude (AJZEN, 1991).

***Passo 7. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.***

*Esses alimentos são pobres em nutrientes e contêm muito sal, gordura e açúcar, além de aditivos, como adoçantes, corantes e conservantes. O consumo desses alimentos pode levar a problemas como hipertensão, doenças do coração, diabetes, obesidade,*

*cárie dentária e câncer. Eles também geram impactos no meio ambiente, tanto no seu processo de fabricação nas indústrias como na geração de lixo das embalagens, e na cultura alimentar, por restringir as práticas alimentares das famílias. Os ultraprocessados são vendidos em embalagens atrativas e com rótulos que descrevem a sua composição. Na sua lista de ingredientes é comum encontrar 5 ou mais itens pouco conhecidos, muitos deles, com nomes estranhos e que não são utilizados na cozinha de casa. Fique atento, pois alguns alimentos ultraprocessados são vistos como alimentos infantis e saudáveis e frequentemente oferecidos às crianças (BRASIL, 2018).*

As falas a seguir nos contam sobre o despreparo dos cuidadores em relação aos ultraprocessados:

> ***Jo G1*** *Ela adora até hoje (Danoninho desde os três meses). Se não tiver é uma briga...tem que ter ...1 por dia. As vezes ela quer dois...*
>
> ***S G1 ...****dou bolacha, dou Danone. Danone, sempre tive a dúvida: pode ou não pode; faz mal ou não faz mal.*

As crianças são indivíduos vulneráveis, dependem completamente do que lhes é oferecido e na maioria das vezes seus cuidadores não tem a informação necessária que os instrumentalize às decisões corretas (SASSI, 2010; HARRIS et al., 2016).

> ***S G1*** *Eu sou mais liberal em questão de alimentação...tem um chocolatinho: eu deixo ela comer... se deixar eu dou de tudo pra ela. Eu não dou refrigerante pra ela, porque refrigerante eu sei que faz mal pra qualquer pessoa.*

S expressa consciência em relação aos malefícios dos refrigerantes. Isto pode ser uma pista de que evidências bem divulgadas podem predispor uma atitude e motivar uma mudança de comportamento (AJZEN, 1991).

> ***K G1*** *... a G não tem dificuldade para comer...come de tudo... ama comer besteira. Ela estava mamando, parou de mamar na hora, olhou pra pizza, levantou, sentou na cama e ficava: dá.*
>
> ***CR E1*** *Tem, às vezes, um refrigerante, não pode dar pra criança, ou dependendo aí, tem séries de alimentos que não pode dar para uma criança. ...tenho a opinião de dar coisas que não faz mal para a criança; a gente gosta de tomar Coca-Cola, não vamos dar Coca-Cola para a criança, não pode.*

O estilo de alimentação que os cuidadores seguem terá um impacto sobre as preferências alimentares dos filhos (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017). A filha de K observa os pais comendo a pizza e também a deseja; CR não oferta Coca-Cola à filha, mas desconhece que ele e a família são um modelo que inevitavelmente será copiado (BIRCH e DOUB, 2014).

A aprendizagem observacional refere-se à forte capacidade que as crianças e os bebês têm para observar, processar e imitar o que seus cuidadores fazem, incluindo o que comem (LIBERMAN et al.,2016). Portanto é importante que os pais conheçam esta evidência claramente, com a observação de que é igualmente importante que a família consuma refeições e bebidas saudáveis.

***Passo 8. Cozinhar para a família e para a criança a mesma comida usando alimentos in natura e minimamente processados.***

*A chegada de uma criança é a chance de melhorar a alimentação de toda a família. Preparar a mesma comida para todos, com alimentos in natura e minimamente processados, sem excesso de gordura, sal e condimentos, agiliza o dia a dia na cozinha e é uma oportunidade de oferecer uma alimentação adequada e saudável à família e à criança. Planejar a alimentação da semana, organizar as compras para ter os alimentos em casa e usar técnicas como congelar parte dos alimentos são estratégias que facilitam o cozinhar e garantem comida de verdade todos os dias e em todas as refeições (BRASIL, 2018).*

> ***V E1*** *Hoje, o pessoal tem o costume de "vamos no mercado e vamos comprar o pronto, que é mais fácil, mais prático", talvez pelo tempo que não tenha para dedicar à criança*
> *...ela (a filha) come a comida da gente; a gente conseguiu conciliar bem as coisas.....a gente vareia entre arroz, feijão, um frango, carne, misturas embutidas, como no caso de linguiças*.

Em uma das falas, V confirma a "tendência universal da substituição da comida caseira pela industrializada" (MONTEIRO, 2013). Na outra quando discorre sobre sua alimentação, ele não considera que os embutidos façam parte dos produtos ultraprocessados e, portanto, não são saudáveis e nem indicados para sua filha ou família.

Essas lacunas de conhecimento sobre os produtos ultraprocessados necessitam ser preenchidas com orientação clara (LUDWIG, 2011). Além disso o marketing agressivo dos produtos industrializados vem exercendo uma forte pressão social, influenciando e modificando os hábitos de consumo dos indivíduos (AJZEN, 1991) em todo o mundo, com reflexos alarmantes na América Latina e no Brasil (MONTEIRO, 2013). Portanto, um ponto a ser fortemente trabalhado é a ressignificação da comida preparada em casa; elevar o status da comida caseira para um lugar de honra, uma opção “da moda” é uma estratégia que poderá modificar e motivar a mudança de atitude (AJZEN, 1991).

Nos depoimentos abaixo, B e A expõem sua insegurança. Elas não têm confiança em sua capacidade (AJZEN, 1991) para organizar e realizar as tarefas necessárias no cuidado com suas filhas (WARREN, 2005).

> ***B G2*** *Porque pelo fato de eu estar trabalhando em casa... e eu não estou me dando conta de ...Eu tenho que preparar a comidinha dela. Eu vou lembrar, dez minutos antes dela comer...*
>
> ***A G2*** *Com relação a cozinhar para a filha: Me sinto totalmente insegura, porque quase eu não cozinho pra mim.*

B admite que quando consegue melhorar suas habilidades culinárias a filha passa a aceitar melhor a introdução dos novos alimentos. No depoimento abaixo a auto eficácia foi operacionalizada com a confiança (AJZEN, 1991).

> ***B G2*** *E aí eu comecei a temperar mais, com azeite, com alho... e aí ela começou a comer melhor.*
> *Então assim: eles, sim, sentem a questão do paladar, sim. Não é um boneco que você coloca o alimento sem o sabor que ela vai comer...porque ela sente o cheiro, ela tem vontade de comer e come, né?*

Informações passo a passo de uma preparação base, em vídeo ou se for possível presencialmente, poderia ajudar os cuidadores na construção da crença de suas capacidades em realizar a tarefa (AJZEN, 1991) e motivá-los a cozinhar para seus filhos.

***Passo 9. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto.***

*A criança desde cedo é capaz de comunicar quando quer se alimentar ou quando já está satisfeita. Os sinais de fome e saciedade devem ser reconhecidos e respondidos de forma ativa e carinhosa. Alimentar a criança é um processo que demanda paciência e tempo. Estimule a criança a comer, mas sem forçá-la, nem mesmo quando ela estiver doente. Além da comida que vai no prato, o modo como ela é dada à criança também é importante. Dê atenção à criança e evite distrações como televisão, celular, computador ou tablet nesta hora, pois podem dispersar a criança, tirando o foco do alimento em seu momento. O prazer da alimentação está nos sabores, odores e na forma como a comida é oferecida (BRASIL,2018).*

Abaixo, conseguimos identificar três momentos diferentes que nos alertam que há um descompasso de comunicação entre os cuidadores e a criança (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

> ***V E1*** *...a gente tem bastante paciência, o momento certinho de ela comer a gente aguarda, não fica pressionando muito, porque não sei, de repente faz até mal para ela*
> *...a hora da refeição dela é separada da gente. ela costuma dar um pouquinho de trabalho, porque ela não fica parada, ela é muito ativa. Tem dia que ela está no cadeirão, tem dia que ela está empezinha, então, é bem inconstante...quando ela não quer comer...a gente procura entreter ela, dar brinquedo, colocar desenhos para ela assistir, e assim por diante.*

No relato de V, fica claro que sua atitude indulgente permite que a filha controle a situação (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017). É necessário que a criança tenha um horário previsível para se alimentar, uma rotina que garantirá que ela sinta apetite quando lhe for oferecida a comida. O ambiente deve acolher o momento e é importante que a criança permaneça sentada, idealmente de frente para o cuidador sem distrações como a TV ou outras telas, para garantir que ela esteja atenta aos seus sinais internos de fome e saciedade, consiga comunicá-los claramente ao cuidador que responderá com reciprocidade (BLACK e ABOUD, 2011).

> ***Jo G1*** *...quando ela não quer mais, fica fazendo a gracinha dela...aquela melequeira. Aí já tiro a S da mesa e ponho no andador. Ele (marido) é mais...tem que ser tudo raspado, de pouquinho, dar na boquinha dela. Mas não! Quando ele está no serviço, a gente almoça "assim" em casa. Eu acho que se você der comida não enche tanto como quando comem sozinhos.*

Jo é um caso típico de alimentação não responsiva aonde o cuidador ignora a criança e não se envolve com suas expectativas (PÉREZ-ESCAMILLA,2017). Em outro momento já registrado neste estudo, Jo declara que a filha não “almoça direito” e passa o dia inteiro comendo. Este é um dos resultados indesejáveis de alimentação não responsiva que vem sendo associado a hábitos alimentares precários e aumento da obesidade infantil (BLAKE-LAMB et al., 2016).

> ***B G2*** *Eu trabalho em casa (3 vezes na semana) e ter que oferecer pra ela me dava muita insegurança...tinha que fazer ela comer naquele período...pra poder voltar a trabalhar e cumprir com meu compromisso. Isso acaba deixando ela ansiosa também... fica uma coisa traumática: ela desiste e acaba puxando para o seio.*

B assume o controle da alimentação e tenta dominar a situação pressionando o comportamento da filha. O resultado frustra a filha que desiste, interferindo no desenvolvimento e no aprendizado das novas habilidades (PÉREZ-ESCAMLLA, 2017).

Observemos os depoimentos abaixo. Em um deles há comunicação entre o cuidador e a filha. No outro, uma grande barreira.

> ***Mi E2*** *...desde o começo eu não sinto muita dificuldade, ela é uma criança bem tranquila ...até com a alimentação foi tudo tranquilo, ela aceitou bem os alimentos, acho que até hoje não teve nenhum que ela negou, ela come bem. Ela se acostumou desde pequena, não preciso entreter ela com brincadeira nenhuma, ela sabe a hora de comer, ela para e come do início até o fim, muito pelo contrário, ela não me deixa sair de perto dela quando está comendo. Se eu levantar para pegar alguma coisa ela fica brava...fica sentadinha na cadeira dela, geralmente na sala de jantar em casa. Quando estou eu com a babá eu prefiro dar, não sei, eu gosto de aproveitar os momentos que eu tenho com ela.*
>
> ***AG2*** *... não sei o que ele (o pai) faz. Eu tento se não der, vai ficando, porque...ontem eu dei fruta, as vezes eu espero e logo em seguida dou o peito.*
> *... comigo... dou 2 ou 3 colheres, brinco, distraio, ela chega a fazer assim oh em mim (arrancando a blusa); aí eu desisto.... Aí, eu falo assim: ...é o peito e acabou!*

> *O peito acaba sendo o substituto...com o pai não tem o peito. Não sei o que ele faz, ela come.*

Não seria nada muito especial se não se tratasse da mesma criança. A influência dos comportamentos do pai e da mãe, a forma como a afetividade positiva interfere nas diferentes respostas da filha, é uma evidência que ratifica a importância do papel dos pais no comportamento alimentar de seus filhos (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

Nos depoimentos abaixo podemos observar que as associações feitas com a natureza emocional de um evento social, como comer por exemplo, é um fenômeno comprovado (BIRCH e DOUB, 2014) e pode ser usado como facilitador na implementação e familiarização das crianças aos novos alimentos (FISHER e DWYER, 2016).

> **B G2**...Ela come mais quando vê a prima comendo.
>
> **B G2**...comecei a colocar ela no cadeirão. Ela (pediatra) falou: “coloca ela pra comer no seu prato; você come no seu prato, se ela quiser pegar alguma coisa, pode. Quando comecei a fazer isso, ela começou a comer...
>
> **M G2 ...**eu percebi que no pratinho dela, ela não gostava; só quando me via comendo num pratinho parecido, de plástico também, ela...acho...fala: ah! Acho que deve ser a mesma comida da minha mãe; aí ela adorou!
>
> **N G2 ...**se eu coloco meu pratinho de comida, ele observa aquilo, maravilha, aí ele já sente muito mais vontade de comer.
>
> **K G1** Ela ...não podia ver ninguém comendo, ela já ficava pedindo pra comer...Se não colocar no prato pra ela comer...ela não quer.
>
> **L G1** Quando o pai chega pra janta, fica pedindo até o pai dar...

A aprendizagem observacional refere-se à forte capacidade que as crianças e os bebês têm para observar, processar e imitar (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017). Estudos ressaltam a importância do compartilhamento das refeições em família e que as crianças preferirão comer em primeiro lugar o que seus cuidadores comem com entusiasmo. Serão menos propensos a aceitar o que lhes é oferecido sem um modelo prévio ou o que observam seus cuidadores rejeitarem (LIBERMAN et al., 2016).

***Passo 11. Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.***

*É possível manter a alimentação saudável fora de casa. Em passeios, festas e quando for às consultas com a equipe de saúde, continue ofertando os alimentos que a criança come em casa, pois alimentos in natura ou minimamente processados podem ficar até 2 horas em temperatura ambiente. Mesmo o almoço e o jantar podem ser levados em recipientes térmicos. Informe-se sobre os alimentos ofertados em creches e outros espaços de cuidado da criança e converse a respeito da prática de uma alimentação adequada e saudável com as pessoas envolvidas nesse cuidado (BRASIL, 2018).*

> **K G1** Ontem fui no cinema com ela...comprei salgadinho porque ela não fica quieta. A distração dela é comida. Eu fico até meio preocupada, porque a G é muito gulosa.

A filha de K tem 11 meses. K deseja que ela se distraia e fique quieta no cinema, quando isso não é uma atividade recomendada para sua idade (DOWNING et al., 2015) e usa como "técnica calmante" (PÉREZ- ESCAMILLA, 2017) um produto ultraprocessado (MONTEIRO, 2009).

Neste relato fica clara a necessidade de uma abordagem que sensibilize e oriente os cuidadores dos fatores de risco a que são submetidos seus filhos quando expostos a estes produtos (MONTEIRO, 2009). Que o uso destes produtos ou qualquer outro alimento como ferramenta calmante poderá impedi-los de aprender a comer de forma saudável e a controlar suas próprias emoções *(PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).* E, finalmente, que o lazer apropriado, emocionalmente favorável que contribuirá com o desenvolvimento de uma criança deve envolver brincadeiras, preferencialmente ao ar livre (SHAPE, 2009). As crianças pequenas têm muita energia e é natural que queiram se mover constantemente. Elas gostam de explorar seus ambientes, olhando ao redor, dentro dos objetos e precisam ser direcionadas a atividades adequadas à sua idade, que sejam diárias, frequentes, supervisionadas e seguras, para ajudá-las a liberar sua energia (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

A mãe que amamenta sempre estará em vantagem. O leite materno é um excelente alimento, seu manejo é seguro e prático e opção insubstituível como lanche

ou pequena refeição (PERÉZ-ESCAMILLA, 2017). Porém, no relato abaixo B subestima a pequena refeição ou oportunidade de alimentar sua filha. É necessário que os pais sejam lembrados que nesta fase da vida, mesmo pequenos lanches se constituem em fonte importante de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento da criança (BIRCH, 2011).

> ***B G2*** *...Mas, exemplo, hoje eu nem trouxe fruta, nada. Porque achei que o peito ia ser suficiente, entendeu?... Vou preparar fruta, ela não vai comer mesmo! Essa é uma questão também: a logística de ir pra fora, pra levar papinha, como armazenar, como oferecer, porque ela rejeita 90%. Só come 10%. Então eu já não tenho trazido. Não tenho levado, né?*

Informar e educar os cuidadores sobre como higienizar utensílios para que fiquem livres de contaminação e assim usá-los no transporte de alimentos; ofertar uma lista de sugestões simples, fáceis e seguras de serem transportadas como frutas e legumes; sugerir que as ofertas devem ser acondicionadas em pequenas porções para evitar desperdícios, já que os alimentos que não forem consumidos pela criança e que estiveram em contato com sua saliva devem ser descartados (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017), são passos simples que poderão ajudar cuidadores a garantir sempre uma alimentação nutritiva para seu filho.

.

## B. Influências sobre as Práticas de Alimentação Complementar: Formais e Informais.

Nos relatos, fica patente que se deve levar em conta que o ambiente do lar sofre a influência de outras pessoas não circunscritas propriamente a ele (AUBEL, 2012). *Todas as crenças advindas das opiniões de outros (atores importantes no*

*cenário familiar) interferem na atitude da mãe diante de um comportamento. A sua intenção de realizar ou não este comportamento incluirá a aprovação ou desaprovação de quem ela considera importante (AJZEN, 1991).*

> ***A G2*** *Eu não conhecia nada sobre a introdução dos alimentos na dieta das crianças. O pouco que eu sabia era dos meus sobrinhos..., com 4 meses eles começaram a comer tudo, e aí, essa aqui (a filha) quando fez 4 meses...todo mundo em volta, a família falando: "você não vai começar a dar comida?" ...*
>
> ***A G2*** *Meu pai fala: "eu dava chazinho pra você com 4 meses...você está aí oh, não morreu; você não vai morrer de dar um chá pra ela...*
>
> ***N G2*** *Meu cunhado mandou... uma sopinha super gostosa de feijão. "... a papinha está super saudável, pouquíssimo tempero, sal, dá pro H." Comeu tudo, o papá do meu cunhado!*
>
> ***Ju G1*** *Tem coisas que eu tento evitar pra ela: Danoninho. Minha amiga começou a dar pra filha dela com 3 meses...*

Chama atenção o papel e a influência que as mulheres mais velhas (avós, sogras e tias) exercem na atitude materna, sustentando a necessidade de que as intervenções e programas nutricionais considerem outros cuidadores além das mães (PÉREZ- ESCAMILLA, 2017).

> ***Mi E2*** *... a gente sempre tem orientação da família...das tias, eu tenho duas irmãs que já tem criança, as minhas cunhadas também já têm filhos, então a gente acaba pegando um pouco da experiência deles como um todo, principalmente das avós, mas eu acabei tomando um pouco de cuidado porque as avós tanto maternas quanto paternas eram um pouco resistentes à essa questão do orgânico.*
>
> ***CR E1*** *... naquela época quem cuidou mais do meu filho (1º. filho), não acompanhei muito, foi a minha sogra; praticamente foi com ela que a gente aprendeu, foi com ela, a minha sogra que deu esse apoio de ensinar a gente como cuidar.*
>
> ***B G2*** *Eu tenho seguido a minha mãe, porque ela está mais presente aí com minha sobrinha; tem dado certo com a minha sobrinha e eu tenho tentado com a H. Apelo pra minha mãe que é o contato mais fácil que eu tenho.*

> ***Jo G1*** *...Foi o que minha sogra falou "já começa com 3, 4 mês, aquele Danoninho vermelhinho.*
>
> ***K G1*** *...alimentação a partir dos 3 meses. Ela já pedia...Minha mãe falava: dá – você tem que dar pra ela se acostumar. Eu dava com medo. Minha mãe fala: "criei você e seu irmão e não morreu. Então eu deixo mais com ela essa parte assim...de dá.*
>
> ***L G1*** *Quando eu fui pra casa com ele, minha vó falava: "dá um chazinho, uma água, não sei o que..." Eu falava: não vou dar, morria de medo. Aí, tanto, que algumas coisas deram escondido de mim...porque falavam: esse menino precisa de água... Minha mãe e minha vó falavam: dá pra ele comer, dá fruta, dá chá.*

As falas abaixo revelam que há uma urgência em atender ao momento e a novos ajustes, que por sua vez, dependem do domínio de novas tarefas e de aptidões que muitas vezes não fazem parte do repertório da mãe. A capacidade de se realizar um determinado comportamento e a percepção que uma pessoa tem desta capacidade (segurança), pode influenciar ou não na realização deste comportamento (AJZEN,1991).

> ***S G1*** *Os bicos do peito todo estourado...fiquei desesperada: liguei pra minha sogra; minha sogra preparou um mingau de fubá pra ela; taquei fubá na menina e a menina, ela, dormiu a noite toda. Eu pergunto tudo pra minha sogra...eu me sinto mais segura com minha sogra.*
>
> ***A G2*** *Me sinto totalmente insegura, porque quase eu não cozinho pra mim. Aí minha mãe andou me ensinando fazer umas papas, só que a 30 anos atrás, punha sal na minha comida. Quando eu falo que não vou por sal, ela fala "você come com sal, porque você vai dar pra sua filha sem sal?*

A seguir, podemos constatar que as práticas de nutrição e os comportamentos, foram afetados por dois componentes principais e inter-relacionados: os sistemas de valores e crenças e as estruturas sociais relacionadas à família, como parentesco, relacionamentos, hierarquias e redes de comunicação (AUBEL, 2012).

> ***Ju G1*** *Eu fui pela minha mãe, tanto que o pediatra dela nem sabe ainda que ela vai começar a comer. Mas fui mesmo pela minha mãe mais.*

> ***A G2*** *Então, assim, a gente tenta seguir o que a pediatra fala, mas tem muita influência mesmo.*
>
> ***K G1*** *... Não segui muito o que o pediatra fala.....foi mais seguro o que a minha mãe falava mesmo...porque mãe tem experiência ...então ela ia saber realmente o que devia fazer.*
>
> ***Jo G1****...comecei a dar pra minha mais velha (a filha mais velha) a partir da cadernetinha que tem falando tudo das alimentação, o que é pra dar...com qual idade. Então comecei, tipo, perguntando pra minha mãe...e tudo que ela falava pra mim, que era pra dar pra ela (a filha mais velha), comecei a dar pra L.*
> *Eu fazia o que minha mãe falava pra mim, devido a minha mais velha e também minha sogra, que vai lá em casa, vou na casa dela, ou mando WhatsApp.*
>
> ***N G2****...o primeiro passo mesmo foi com as amigas: grupos de mamães que tem bebezinhos ...e já passaram pela introdução alimentar...o pediatra e a internet.*

A tendência revelada em quase todas as falas é que na busca por apoio, a orientação formal do médico é substituída ou complementada pela rede informal (amigos, familiares, internet).

> ***N G2****...eu sou aquela mãe que "quer seguir 100% o pediatra", mas se ele (o filho) não comer? Aí eu recorro à internet, que acaba complementando o que ele diz. Ele (pediatra) era engraçado, que assim, ele me orientava de uma forma...e a minha colega que já tinha passado por isso me orientava diferente.*
>
> ***Mi E2****... a pediatra indicou a introdução alimentar, teve uma orientação dela, e é lógico, a gente acaba pesquisando muito na internet. ...é uma pesquisa meio livre, tem que tomar cuidado..., mas boa parte das coisas a gente acabou complementando com a internet.*
>
> ***R E2*** *Eu na realidade, não conhecia muito, mais a minha esposa... foi compartilhando comigo, ela aprendeu com experiências com outras mães (na internet), e foi me ensinando. ... foi mais uma troca de experiências mesmo... e aí a gente pegou e foi optando em fazer aquilo que falavam para nós. Também, o que o pediatra falou, não sair muito fora do que ele falou.*

Nos relatos abaixo, as orientações do pediatra parecem não dialogar com as necessidades dos cuidadores.

> ***A G2*** *Porque a pediatra pediu pra por uma coisa de cada vez, eu não consigo fazer isso não. Receita de site de papinha, que é mais pra minha realidade...Eu também tento seguir a pediatra...Vamos seguir o que ela fala (pediatra) quando der tá bem?*
>
> ***M G2...****a princípio ...por essa questão mesmo do sentimento de culpa, da preocupação fui pelo pediatra, mas na prática o que deu certo foram outras mães no WhatsApp e a página do Baby Center.*
>
> ***S G1*** *Eu queria seguir o que o pediatra falava, só que aí eu chegava em casa: "mas deixa de ser boba, tem que dar outras coisas pra criança também". Eu acabava dando... ...por causa da fome dela também. Eu quero seguir o que o pediatra falar, só vou introduzir o alimento quando fizer 6 meses; só vou dar pra ela o que o pediatra falar.... Mas quando o bebê nasce é totalmente diferente; a gente acaba fazendo tudo ao contrário.*

Há uma dicotomia entre a expectativa do cuidador e a atuação do médico pediatra; uma falha de comunicação necessitando ser realinhada. O fato é que, assim como outros profissionais da saúde, o pediatra dado ao papel privilegiado que exerce, também deveria ser amplamente treinado sobre como educar e dar apoio efetivo aos cuidadores, especialmente neste momento de transição (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

> ***V E1****...de curiosos, minha sogra, minhas irmãs, porém, a minha esposa ela também tem o costume de pesquisar bastante coisa na internet. ...Da internet (maior segurança), pelo fato da pesquisa. Ela (a esposa) sempre pesquisa em um, dois sites diferentes... Então, eu deposito muita confiança nela, a respeito do cuidado com as crianças.*
>
> ***CR E1*** *Através de televisão, jornal, na internet também tem muita coisa, como alimentar uma criança né? Então, a gente vê muito na TV, tem programas que passam como alimentar bem. ... as amizades, os amigos às vezes, falam coisa: o que não é bom para dar à criança. E com isso a gente foi seguindo esse caminho.*
> ***M G2*** *Eu estou recorrendo a internet: são dois sites que eu gosto... e algumas receitinhas da minha mãe...*

De acordo com WARREN (2005), há uma sobrecarga experenciada em momentos de transição. A diminuição desta sobrecarga e o bem-estar emocional de pais e mães têm sido associados ao apoio dado pela família (as mulheres mais velhas), amigos e internet.

> ***M G2*** *Quando eu comecei, num dos grupos das mães, falaram de uma antropóloga fazendo estudos com crianças. Ela (antropóloga)*

> *falou que a idade certa para uma criança começar a comer seria 9 meses...porque ela (a criança) já está mais preparada.*
>
> ***B G2*** *...recorri à internet e vi nestes dois sites que eu costumo acessar que elas colocavam um pouquinho de água filtrada...ficou mais líquida, foi aonde fluiu.*

O grande risco é que a internet nem sempre é uma fonte confiável de informações (LIMA e CARVALHO, 2004) e a rede traz uma enorme quantidade de conceitos equivocados e desatualizados, que são disponibilizados em sites de alimentação infantil (SILVA e GUBERT, 2010).

> ***N G2*** *Eu tenho uma colega...que o método que ela está inserindo na alimentação da filhinha é o BLW. Cada dia ela posta!...Sabe ela comprou aqueles babadorzinhos próprios para o BLW...então é assim: a menina dela é uma fofa! Ela aproveita tanto aquilo! Você fala: nossa que lindo!*

Até o momento ainda não se tem evidências que recomendem ou não o método Baby Led Weaning (PÉREZ- ESCAMILLA et al., 2017). Ela observa a amiga, fica deslumbrada...Será que o método escolhido pela amiga é o adequado para a idade e para o filho dela?

## C. Papel dos Fatores Socioeconômicos

### C.1 Reflexos das Condições Socioeconômicas e das Políticas Públicas na Adoção da Alimentação Complementar.

> ***K G1*** *...com relação à alimentação...regrinhas pra gente aprender. A mãe em si, o filho está pedindo, ela: vou dar. Pelo menos eu, não coloco limites, eu dou.*
> *Eu queria aprender com relação "até tal ponto você pode dar", "até tal hora", "isto não", "isto pode dar tanto". A gente saber mesmo...Seria bom, se a gente tivesse essa conscientização,*

> *tivesse alguém ensinando: uma vez por mês vamos ter uma palestra mostrando como a gente pode alimentar a criança, o que a gente pode fazer com a criança...porque as vezes a criança acaba tendo um problema de saúde por nossa causa, porque a gente não sabe...*

Neste estudo, K expressa o desejo de "conhecer o certo". Fica explícita a necessidade de apoio formal através de intervenções (WHO, 2010) e de orientação clara e motivadora (AJZEN, 1991) por canais habilitados.

As falas de AB, CR e V, nos levam a crer que as transformações sociais brasileiras das últimas décadas concorreram para a diminuição da pobreza e se refletiram no poder de compra e aquisição de alimentos (MONTEIRO et al., 2010), impactando nos padrões alimentares dos brasileiros, embora estejam aquém do recomendado (BRASIL, 2014b).

> ***AB G1*** *Eu tenho um filhinho de 10 anos, mas eu não curti a infância dele... a vó que olhava. Eu saia de casa as cinco horas da manhã, porque eu trabalhava e estudava. Agora estou tendo a experiência do que é ser mãe, alimentação, enfim...tirei o tempo só pra cuidar do meu filho.*
>
> ***CR E1*** *...a esposa casou grávida, morava de aluguel, o dinheiro era pouco. Quando ele (o 1º. filho) nasceu não sabia nada. Com a L é diferente a alimentação. Pelo conhecimento e também a questão financeira. Hoje a gente sabe um pouco mais como tratar de uma criança".*
>
> ***V E1*** *Eu tive uma criação, na minha época, a minha mãe, minhas irmãs me davam bastante mingau de fubá, feijão com farinha, essas coisas assim.*
> *Bom, a E ela toma mamadeira por volta de dez e meia da manhã, quando é meio dia e meio ela almoça, sempre três tipos de legumes que a minha esposa coloca; as três ela come uma fruta, e as seis, sete e meia ela janta. E para finalizar uma mamadeira antes de dormir.*

Especialmente no período de 1996 a 2007, o progresso socioeconômico juntamente com políticas públicas orientadas pela equidade, alavancaram para melhor as condições gerais de vida das famílias mais pobres, em especial em termos de poder de compra e acesso à educação (MONTEIRO et al., 2010). As falas abaixo nos revelam, que a melhoria da alimentação se deu pela melhoria da condição financeira e do "conhecimento" que traduziríamos como a melhoria da escolaridade materna, já

que é dos domínios femininos as questões de nutrição e saúde da prole (AUBEL, 2012).

> ***CR E1****: É diferente (da alimentação do primeiro filho) porque o conhecimento e também a questão financeira que deu uma melhorada; porque quando teve o menino (primeiro filho), a questão era meio precária, o dinheiro era pouco, e a gente tinha acabado de casar, casou grávida, e isso acabou dando uma mexida no bolso, morava de aluguel, agora a gente comprou uma casa. Então com isso foi mudando a vida, e o tratamento da criança.*

> ***CR E1*** *...sobre ajudas, financeira, para pessoas de baixa renda, não aquela pessoa que tem filhos, mas não cuida dos filhos, ficam na mão de outras pessoas, essa pessoa não precisa de ajuda, não o dinheiro, tem que dar o alimento para quem precisa, vamos dizer, ajudar um pouco mais as pessoas que precisam para se alimentar bem. Porque se a pessoa se alimenta bem, os hospitais têm menas pessoas, menos doente, o que faz a pessoa ficar doente é alimentação. Então quanto melhor alimentação menas pessoas vão ter passando por hospitais. ...ajudar um pouco mais as pessoas que precisam para se alimentar bem...não o dinheiro, tem que dar alimento para quem precisa. Seria bom. Frutas, legumes seria essencial.*

Na fala acima há uma conscientização da importância tanto da alimentação saudável para a saúde, quanto do apoio de políticas públicas que facilitasse o acesso aos alimentos in natura, muito mais que apenas programas de transferência de renda.

Nos faz refletir sobre a necessidade de um sistema alimentar integrado que favoreça as práticas de alimentação saudável, incluindo desde o fortalecimento da agricultura local ao desenvolvimento de novas oportunidades de mercado, além de reestruturar os subsídios agrícolas para uma maior disponibilidade de alimentos in natura a preços mais convenientes (LUDWIG, 2011). Há um círculo vicioso instalado, já que as práticas alimentares inadequadas e suas consequências são os grandes obstáculos ao desenvolvimento socioeconômico sustentável e a redução da pobreza (WHO, 2005).

A Estratégia Global para Alimentação de lactentes e crianças de primeira infância (WHO, 2005) enfatiza que os governos não alcançarão desenvolvimento econômico enquanto não garantirem o crescimento e desenvolvimento das crianças, especialmente por meio de práticas alimentares apropriadas e orientam que a abordagem mais racional e econômica é a de usar e reforçar as estruturas intersetoriais e de saúde já existentes.

## C.2 Contexto Socioeconômico dos Dois Grupos: Semelhanças e Diferenças Sobre o Tema Estudado.

Tanto no G1 quanto no G2 as dúvidas são de toda ordem e independeram das condições socioeconômicas.

A palavra mais repetida em todos os depoimentos foi “insegurança” , tanto pelas mães primíparas (RAPOPORT e PICCININI, 2011; PEREIRA et al.,2012;) quanto pelas multíparas (ALEXANDRE et al., 2016), revelando que o nascimento de um filho é, em si mesmo, uma fase desafiante para qualquer mãe (MERCER e FERKETICH, 1995; MOURA RAMOS e CANAVARRO, 2007; PEREIRA e CANAVARRO, 2011). A seguir apresentamos algumas expressões que indicam a insegurança das participantes (Quadro 5).

Quadro 5. Expressões identificadas nas falas das participantes dos Grupos G1 e G2, cujo significado revelaram insegurança e dúvida. São Paulo, 2018.

| G1 | G 2 |
|---|---|
| Será que pode?<br><br>O que nós faz é o certo?<br><br>Pode ou não pode?<br><br>É muita dificuldade mesmo...<br><br>São duas dificuldades enormes que eu tenho... | O que eu estou errando? O que eu estou fazendo? (de errado)<br><br>Eu ainda não estou 100%;<br><br>Foi insegurança... foi insegurança mesmo;<br><br>... Muito insegura; |

| | |
|---|---|
| Até tal ponto pode dar? Até tal hora? Isso não! Isso, pode dar tanto... | Eu posso ou não/ isso é certo? |
| Nossa...é muito difícil! | Isso me deixa angustiada! |
| Fico em dúvida: se pode ou não pode... | Então é difícil, é difícil; |
| Eu falava: não vou dar, morria de medo. | Pode ou não pode? |
| Sempre tive receio...porque é meu primeiro filho. | ...desespero psicológico: não vou dar conta... |
| Eu tenho bastante dificuldade com isso. | Então tenho muita dúvida, muita dúvida... |
| É a primeira filha...eu ficava toda perdida, desesperada. | Me sinto totalmente insegura... |
| A gente quer seguir o certo, porém o errado sempre acaba acontecendo | Eu não conhecia nada sobre a introdução dos alimentos |
| | Eu não consigo fazer... |

No grupo com menor nível socio econômico (G1 e E1) foi mais comum que a introdução da alimentação se iniciasse precocemente.

No G2 ocorre o contrário, há uma relutância na introdução dos novos alimentos aos seis meses.

A insegurança quanto a capacidade de cozinhar foi revelada mais entre as mães do G2 do que entre as do G1, que pode ter significado uma barreira para a introdução dos novos alimentos (AJZEN, 1991). A alimentação das crianças, ainda a cargo da mulher nos dias de hoje (JABLONSKY, 2007; PARKER, 2013) depende de uma certa habilidade culinária e esta não é uma aptidão muito em voga entre as mulheres da geração atual, deste grupo socioeconômico (DIEZ-GARCIA e CASTRO, 2011).

As falas do G1/E1 apontam para a influência das avós como determinante da maioria dos comportamentos. Na formação dos hábitos é importante se considerar o papel do comportamento passado como um preditor do comportamento futuro (AJZEN, 1991).

Para o G2 as influências são ditadas principalmente pela Internet e os grupos sociais das redes, mas há um grande conflito sobre o que acatar. As opiniões dos mais velhos ainda ecoam fortemente e exercem pressão nos comportamentos (AJZEN, 1991), porque é deles que vem o principal apoio instrumental (AUBEL, 2012).

Nos relatos dos dois grupos, G1/E1 e G2/E2, o apoio formal, representado pela figura do pediatra, é substituído ou “complementado” pelas informações das redes sociais informais.

Tanto nos Grupos E1 e E2, é da mãe que se espera o protagonismo como cuidadora e as informações sobre os procedimentos a serem adotados (JABLONSKY, 2007).

> ***CR E1*** *aí já é mais da parte da minha esposa, que tem coisa que ela não deixa a criança comer, pode fazer mal.*
>
> ***Mi E2*** *Na verdade eu não conhecia nada, acho que o pai sempre na maioria das vezes acaba descobrindo as coisas na hora. A mãe acho que é um pouco mais precavida em relação a isso...*
>
> ***R E2*** *Eu na realidade, não conhecia muito, mais a minha esposa. E aí ela foi compartilhando comigo...*
>
> ***V E1*** *Eu procuro sempre observar mais ela, pelo fato de ela ficar mais com a neném, mais tempo com a neném do que eu. Então eu procuro sempre observar. E ela tem acertado bastante nas escolhas dela.*

A palavra “apoio” que está no discurso dos dois grupos femininos, G1 e G2, revela que a transformação dos valores não está acompanhando o ritmo das mudanças sociais (SILVA e PICCININI, 2004). O pai atua como um auxiliar e isso é perfeitamente aceitável para ambos os grupos.

Ainda sob esta expectativa cultural do papel do gênero masculino, cabe aqui uma nota: com relação aos pais dos dois grupos, de modo geral, parece que a inserção no cotidiano de seus filhos é vista por eles próprios com muito mais naturalidade do que sob o olhar de suas esposas, que creditam ao “apoio” masculino uma qualidade ainda excepcional (Golcher apud VEGA-ROBLES, 2007, p.75).

A substituição da comida caseira por pratos prontos é mencionada neste estudo pelos dois grupos (a pizza da SG1; a pizza e o japonês da BG2).

Porém, no G1/E1 o consumo de ultraprocessados é mais referido do que no G2/E2. Segundo dados das quatro últimas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizadas em 1987-1988, 1995-1996, 2002-2003, e 2008-2009, o consumo dos produtos ultraprocessados representaram 18,7%, 21%, 26,1%, e 29,6%, respectivamente, do total de todas as compras de alimentos, com destaque para os dois últimos períodos,

aonde o aumento do consumo destes produtos foi maior entre a população de menor renda (MARTINS et. al., 2013).

Também nos chama a atenção, neste grupo, o uso de fórmulas lácteas e outros alimentos, concomitante ao peito, mencionado por todas as mulheres com exceção de uma. Não há entre elas valorização do leite materno, ao contrário, ele é relacionado de maneira pejorativa com a dependência da mãe.

.

> ***R G1:*** *E, 10 meses São duas dificuldades que eu tenho é a noite...de três em três horas ou menos, levantando para dar o peito. Porque ela quer o peito. Leite de jeito nenhum ela aceita.*
> *Alguma coisa que ajude ela a desapegar um pouco, nem com o pai ela fica.*
>
> ***J G1****: S, 7 meses. Minha maior dificuldade é isso: poder fazer ela se acostumar com outras pessoas e tirar um pouco o peito dela*
> *Difícil mesmo é desgrudar da gente um pouco...Será que é só por causa do peito?*
>
> ***K G1****: G, 11 meses. Eu queria aprender como fazer com ela pra tirar esse apego dela...Não sei se é uma questão dela amamentar ainda...*

As mães do G1 reclamam do apego das crianças: culpam o peito, a amamentação.

Entre as mães do G2, todas com profissão definida e empregos, há maior valorização da amamentação exclusiva e interesse em prolongá-la.

OLIVEIRA et. al, 2017, documentam no Rio de Janeiro uma tendência secular encorajadora do aumento na duração da amamentação e da prevalência da amamentação exclusiva, já evidenciada em outro estudo de alcance nacional (VENANCIO et al., 2013). Porém no estudo de Oliveira et al., os autores chamam a atenção para o fato de que os fatores de risco modificáveis das curtas durações da amamentação não são estáticos e mudam ao longo do tempo; que nos anos 70, níveis mais elevados de renda estavam associados à duração mais curta de amamentação e nos anos 2000, ocorreu o oposto: a escolaridade materna mais baixa se tornou fator de risco para a duração mais curta. PÉREZ-ESCAMILLA (2017b), aborda a importância em analisar as tendências seculares nos resultados de amamentação em diferentes realidades socioeconômicas a fim de proteger e garantir os comportamentos de amamentação, principalmente entre os grupos mais vulneráveis.

D. Questões de Gênero.

O Desafio na Divisão de Tarefas: na visão das mulheres e dos homens.

> ***R G1:*** *Meu marido é aquele que não se mete...se você quer fazer...você faz... Ele não é contra nem a favor: deixa que eu cuide da alimentação dela sozinha.*
>
> ***K G1****: por parte do meu esposo, ele tem muito receio de fazer as coisas...Então ele compra, mas fala: é você quem vai dar.*
>
> ***JU G1:*** *...não estou com ele...*
>
> ***L G1****: ...meu marido às vezes chega em casa com banana...*
>
> ***A G1:*** *o meu apoia também, ele vai lá e compra as coisa. Mas pra fazer, não faz não, porque diz que não sabe. Aí eu faço. Só isso, só.*
>
> ***S G1:*** *Quem pega mais no meu pé é meu esposo...ele nem sabe que (ela) comeu chocolate...se souber dá um troço! ,,,aí ele sempre fala: vai comprar fruta, vai comprar isso pra J (a filha); ele está sempre me monitorando...*

As mulheres do G1 quando indagadas sobre “apoio”, imediatamente compreenderam se tratar de apoio material e financeiro. Quando abrimos mais, especulando sobre se recebiam ajuda nas tarefas domésticas e com os cuidados com os filhos, o que permeou todas as falas foi a constatação de que a imagem do pai continua associada às funções tradicionais de autoridade e provedor (SUTTER e. BUCHER-MALLUSCHKE, 2008).

Surge, porém entre os depoimentos, a figura do pai colaborador, revelando que há uma transformação nas atitudes de compartilhamento e envolvimento com os filhos (PARKER,2013).

> ***AB G1****: Ele (marido) me ajuda bastante; ajuda em casa, vai no mercado; faz a comida...quando eu estou limpando a casa.*
>
> ***J G1****: o pai dela, da S, a gente mora junto. Então quando está acabando as coisas, ele vai lá e compra. Às vezes vai nós dois; mais*

> *ele também se preocupa com a alimentação dela e da mais velha. Tenho bastante apoio desde quando elas nasceram. Ele faz as compras, também cozinha. Final de semana ele está em casa, ele fala: vou te dar uma folga. Quando está pronta a janta, o almoço, que ele mesmo faz, porque adora cozinhar, a gente senta na mesa e todo mundo come.*

Nos relatos de N e M, apesar de ambos aceitarem que as fronteiras entre o pai e a mãe se dissolveram e que cada membro pode e deve substituir o outro nos cuidados com os filhos, é da mãe o protagonismo como cuidadora (JABLONSKY,2007; PARKER, 2013). Isto nos é revelado através da palavra “ajuda” e da expressão “vai ter que ser tudo dividido”.

> ***N G2*** *Meu marido me apoia 100%. (Ele) ajuda na cozinha... ele tenta fazer o máximo parecido com o que eu faço.*
>
> ***M G2*** *Na minha casa é minha mãe e meu marido. Meu marido coloca a mão na massa realmente. Ele que vai comprar...ele já deixa tudo cortadinho...a gente vai revezando. Eu ainda não voltei a trabalhar, mas também trabalho, e ele sabe que* ***va****i* ***ter que ser tudo dividido****...todo mundo saber o que ela come, a quantidade.*

Na casa de B, ambos, marido e mulher exercem uma atividade remunerada, porém a divisão de tarefas ainda é tradicional ou não tão equilibrada. Teoricamente, uma grande percentagem de homens e mulheres defende uma divisão igualitária das tarefas domésticas e do cuidado com os filhos, porém a prática revela desigualdade e sobrecarga para a mãe (AMANCIO, 2007; PARKER,2013). Quando as coisas não caminham a contento a mãe chega a acreditar que nada de errado aconteceria se ela estivesse mais presente (ZAGURY, 2000) e, em geral, quando não consegue conciliar os papeis profissional e materno, é comum que abdique da carreira (ABOIM, 2010).

> ***B G2*** *Esta semana eu pedi demissão porque não estava conseguindo ter a segurança de poder cuidar da minha filha nesta introdução alimentar. Porque eu já não gosto de cozinhar na verdade, e o fato de poder oferecer, o que oferecer ...agora que começa realmente todo o processo...*

A, quando ouvida um mês antes do seu marido ser entrevistado, revelou que se sentia pressionada. Culturalmente, tradicionalmente, é da mãe o dever de cuidar e alimentar; é ela quem deve dar conta das necessidades que se mostram diferentes a cada fase que o filho atravessa (BRASILEIRO et al., 2002). Era exigido de A uma

mudança, um novo comportamento que ela não se sentia capaz de realizar por requerer aptidões que não dominava (AJZEN, 1991).

> ***A G2*** *...eu tenho um conflito com o meu marido na questão dos orgânicos. Minha mãe tentou me ajudar...ela via que eu não estava dando conta de fazer a sopa, só que ela faz a sopa com os legumes que tinha na casa dela. Meu marido bateu a porta e falou que não ia envenenar minha filha. Minha mãe falou: então tá. Se eu estou atrapalhando, não vou fazer mais nada. ... Então, ele é super participativo, tal, tenta me apoiar, mas pra mim é um extremo muito grande. Então eu tenho uma ajuda entre aspas.*
> *...aí a situação chegou num limite que eu falei assim: você quer orgânico, então compra toda a semana. Ele (marido) vai lá e compra (os orgânicos). Fazer a papa que era o que minha mãe podia estar me ajudando...sou eu.*
> *Ela (filha) tem ficado com o pai de manhã e comigo à tarde, então ela almoça bem. A papa que seria às 5 horas não está rolando. Com o pai ela come bem a papa salgada...Já tentei mudar o horário...Já me questionei também: será que eu não sei fazer a papa?*

Os relatos de R abaixo, coincidem com os da esposa. Houve um intervalo de um mês entre a participação da esposa e a dele, e no primeiro encontro havia um clima de muita dúvida em relação à adaptação do filho à nova fase.

> ***N G2****...na escola ele comeu...2 colherzinhas ...4 colherzinhas. No sábado fui preparar a comidinha do H, ... careta, chorava desesperado. O que eu estou fazendo?*
> *Eu imagino assim: que eles (as crianças) poderiam ..., até pela dificuldade que eu tenho quanto a introdução da papa salgada, que fosse um pouquinho mais tarde.*
>
> ***R E2*** *No início foi difícil, foi complicado. Na escola a gente tinha informações que ele almoçava, e aí a gente não conseguia entender...*
>
> ***R E2*** *Eu deixo ele sete horas da manhã e pego ele normalmente, entre cinco e meia e seis horas, todos os dias. A semana é na escola, aí eu espero minha esposa chegar do serviço, ... enquanto isso eu fico com ele, a gente brinca, ele janta; aí a mamãe chega, a gente dá um banhinho nele e é isso aí.*
> ***R E2*** *Mamãe já deixa prontinho, ela deixa no freezer, porque a nossa vida é um pouquinho corrida, ... eu só deixo descongelando um pouco e coloco no pratinho.*
> *Quem cozinha é a mamãe, quem faz a listinha é a mamãe, e eu que vou no mercado comprar as coisas... Normalmente ela faz (cozinha)*

> *no final de semana e no meio da semana...e eu só tenho o dever de pegar, descongelar, colocar no pratinho e dar para ele.*
> *No final de semana: ...as vezes eu dou o almoço, as vezes ela dá, a tarde ele mama...o peito, e o jantar, normalmente, quem dá mais é ela, porque aí eu já estou fazendo outras coisas.*
>
> ***R E2** Eu, na realidade não conhecia muito; mais a minha esposa. E aí ela foi compartilhando comigo...foi me ensinando, tanto que quando ele (o filho) chega da escola, ele janta comigo. E aí ele começou a introdução até um pouco melhor, e foi se soltando. Ela (a esposa) foi me explicando: "dá isso, dá aquilo", e ele está mandando muito bem.*

Nas falas acima, sobressai a experiência paternal adquirida. O compartilhamento das tarefas e das responsabilidades, pareceu repercutir favoravelmente para a incorporação dos novos hábitos do filho (COLEMAN e KARRAKER, 2003).

Porém, apesar de ambos trabalharem, ainda é da mãe o maio número de afazeres (SILVIA e PICCININI,2004; PARKER, 2013).

As falas de M, abaixo, um mês após o depoimento de A, sua esposa, revela que houve um reajuste de domínios. Ele se destaca na participação masculina, realizando tarefas tipicamente vistas, ainda hoje, como componentes da maternidade (LAMB,1997).

> ***M E2** Eu procuro sempre comprar alimento orgânico por conta de ela (filha) ser novinha e dar um alimento com uma qualidade um pouco melhor.*
> *... acho que mais por conta dessa questão do orgânico eu acabei tomando a frente, porque eu fazia questão ..., então eu faço as compras até hoje. Na hora de fazer a papa a mãe ajuda bastante, mas eu acabo fazendo.*
> *... desenvolvo o cardápio junto com A e faço as compras e depois posteriormente faço a papinha dela e quando eu estou junto, sempre que eu tenho a oportunidade eu que dou a comida dela. Quando eu estou com a babá eu prefiro dar; não sei, eu gosto de aproveitar os momentos que eu tenho com ela.*
> *... na verdade desde que eu fui morar com a A eu sempre gostei de cozinhar por conta de eu morar sozinho um bom tempo. Sempre fui bem seguro, bem tranquilo em relação a isso, não tenho problemas... e a A, quando possível ela faz, mas geralmente quem cozinha sou eu. Faço questão.*

M assume completamente as responsabilidades inerentes ao novo momento: ele se decide por orgânicos, se responsabiliza inteiramente pela escolha comprando os alimentos; ele credita à mãe o planejamento do cardápio, mas deixa evidente nos relatos que é ele o responsável:

> ***M E2*** *...eu faço variado, uma semana eu faço um caldo de carne, outra semana eu faço um caldo de frango e daí eu cozinho os legumes dentro; então a gente sempre procura ter uma leguminosa, uma batata, da família da batata: uma batata doce, inhame, mandioca, daí eu misturo com brócolis ou couve-flor, chuchu; então sempre tem uma variedade, uns quatro legumes e verdura junto dentro dessa papa, e ponho um pouquinho de azeite porque eu não tempero com sal; na verdade tempero com alho e cebola.*

Ele cozinha porque gosta e se sente seguro e relata com conforto a introdução dos alimentos:

> ***M E2*** *Perto dos cinco, seis meses iniciamos a introdução alimentar ...Com a L sempre desde o começo eu não sinto muita dificuldade, ela é uma criança bem tranquila e percebo que ela aceita bem as coisas, então até com alimentação foi tudo tranquilo, ela aceitou bem os alimentos acho que até hoje não teve nenhum que ela negou, ela come bem.*
> *...eu sempre comento com a A, a gente sabe das dificuldades quando você passa por uma fase nova na vida, a gente tem que estar ciente. Dificuldades não, dos novos desafios que vão vir, então eu encaro bem e com bastante naturalidade. É lógico, muda a rotina da gente, fica diferente, eu tinha outra rotina antes de ter a L., mas eu prefiro a de hoje.*

Nesta “nova paternidade” o novo é o modo como o pai partilha a afetividade com a criança (MENARD, 2000), demonstrando agrado e procurando a sua própria experiência pessoal (RIBEIRO, 2005).

V em sua entrevista, nos deixa perceber que é orgulhoso em ser o principal mantenedor da casa, reafirmando o papel tradicional de provedor do lar.

> ***V E1*** *...Quem cuida é a minha esposa, a A cuida dela (a filha) o tempo todo. ...Não, ela (a esposa) não trabalha.*

Mas o papel tradicional de provedor se dilui à medida que relata sua participação na rotina do lar e nos cuidados com a filha (BALANCHO,2004).

> ***V E1****... Os dois (cozinham). Eu e a minha esposa. A maioria das vezes eu procuro só cortar, descascar, limpar, e a minha esposa vai e cozinha.*
> *... Ela organiza a lista e eu vou e compro.*
> *Dia sim, dia não, eu acompanho (as refeições da filha), que são os dias que eu estou de folga.*

As falas de V vêm permeadas pelo respeito à opinião da esposa e culminam com a adoção da opinião feminina:

> ***V E1*** *A respeito das crianças a gente conversa bastante para ver se um está de acordo com o que o outro pensa. Às vezes, tem o conflito de ideias, entendeu? Mas eu procuro sempre observar mais ela, pelo fato de ela ficar mais com a neném do que eu. Então, eu procuro sempre observar. E ela tem acertado bastante nas escolhas dela.*

> ***V E1*** *Eu costumo sempre seguir bastante a minha esposa... eu procuro seguir bastante o ideal dela.*
> *Eu sou bem tranquilo a respeito da criação dela (filha); minha esposa graças a Deus é uma mulher muito consciente, muito responsável* ***e a respeito de criação, educação e alimentação, eu não tenho dúvidas de que eu posso deixar a responsabilidade na mão dela****. E ela troca bastante ideias comigo e o interessante é isso, a maioria dos casais não tem esse convívio, esse diálogo...*

Porém, esta postura num primeiro momento absolutamente moderna e altruísta, pode revelar mais uma vez o papel tradicional do gênero masculino: é dos domínios femininos as questões de nutrição e saúde da prole, portanto cabe a ela a autoridade (AUBEL, 2012).

Há um caráter visivelmente autoritário na fala de CR que se contrapõe aos seus relatos sobre compartilhamento (BALANCHO, 2004).

> ***CR E1*** *Na hora da refeição eu não gosto de assistir televisão, não gosto que ninguém assista TV, não gosto de celular na mesa, nada que atrapalha a refeição. E também não gosto de muita conversa na mesa, eu falo bem pouco e se alimenta, porque senão acaba atrapalhando a refeição e aquele momento de estar junto ali com a família, aquela família ali reunida, se começa no celular atrapalha, se tem a TV ligada, atrapalha, que tira toda a atenção, e isso é muito ruim para que você viva aquele momento com a família. Então a minha opinião é essa, não ter nada disso que eu falei atrás, influindo na hora da refeição.*

> *...tenho que agradecer muito a Deus porque eu tenho um menino bom, já a menina eu acho ela, muita esperta demais, que não me dê trabalho, mas quando a criança é muita esperta não é muito bom.*
>
> ***CR E1** Compras: Às vezes sou eu, às vezes é a minha esposa, às vezes juntos.*
>
> ***CR E1** Acompanho (a refeição da filha) ... no almoço, porque na janta eu não estou em casa, mas quase todos os dias que a gente almoça junto, e não só no almoço, quando eu estou em casa o dia todo, eu acompanho.*
> *Começou a comer com 6 meses e meio mais ou menos. Foi arroz, feijão; na hora do almoço ela fica observando, começou a observar e com gesto pedindo, aí começou a amassar e dar para ela.*
> *A gente dá mais é frutas, pega uma frutinha, amassa ela todinha e ela come, come arroz, ela come quase de tudo, o que der ela come.*
>
> ***CR E1** (Quem cozinha em casa) ...às vezes, a minha esposa, às vezes, sou eu que faço, e tem algumas coisas que, às vezes, o menino também ele quer fazer, então fica um pouquinho para cada.*

Chamamos a atenção que o envolvimento do pai no trabalho doméstico aqui sinalizado, está sendo copiado pelo filho mais velho. Esta sensibilidade poderá ser um possível preditor para interações futuras (FELDMAN, 2000).

De acordo com JABLONSKI (2007), é de se esperar que haja uma dualidade no “novo modelo paterno”, que revela a postura conservadora ainda em transformação.

# 6 CONCLUSÕES

A introdução da alimentação complementar é um momento muito sensível, de importância indiscutível para a saúde da criança e uma oportunidade de grande valor para a vida deste indivíduo. Este evento, que deve ocorrer a partir dos 6 meses de idade, exige para seu sucesso o concurso de muitos fatores.

Sobre as Crenças, Opiniões e Atitudes com base em dez dos Doze Passos Para uma Alimentação Saudável, a falta de conhecimento sobre alimentação complementar é unânime nos dois grupos e abarca qualidade, quantidade, períodos de introdução, consistência, riscos em ofertar açúcar antes dos 12 meses de idade, e rotina de alimentação.

Sobre as influências formais e informais, verificou-se que os sistemas de crenças familiares influenciam e afetam as práticas de alimentação das crianças. O sentimento de “falta de competência para cuidar”, leva os cuidadores a buscarem diferentes estratégias de ajuda, que vão desde a procura de familiares e pessoas significativas com mais experiência, com especial destaque para as avós em primeiro lugar, até a recorrer aos sites e as redes sociais na Web, como segunda maior força de influência aferida neste estudo.

As influências informais tais como redes de apoio de familiares e parentes, redes sociais, internet se digladiam e ganham espaço sobre as formais caracterizadas pelas orientações recebidas pelo pediatra e outros profissionais de saúde. É especialmente importante ressaltar que a figura do pediatra é substituída ou “complementada” e que há uma forte tendência de distanciamento deste profissional que necessita urgentemente ser realinhada. O pediatra, dado ao papel privilegiado que exerce, assim como outros profissionais, deveria ser amplamente treinado sobre como educar e dar apoio aos cuidadores, especialmente neste momento de transição.

Sobre o papel dos fatores socioeconômicos e das políticas públicas, apontou-se a necessidade de garantir o acesso a alimentos saudáveis e prover orientações para os pais sobre alimentação complementar. Interessante notar, ainda sobre este contexto, que os dilemas e dúvidas são de toda ordem e independem da realidade socioeconômica.

Sobre as questões de gênero, há uma transformação evidente no papel do pai que abarca atitudes de compartilhamento e envolvimento com os filhos, porém a divisão de tarefas entre os gêneros é desigual e revela ainda sobrecarga para a mulher na partilha de papéis.

.

# 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado consistiu em um trabalho de investigação acerca da experiência e ótica de cuidadores e teve como objetivo caracterizar barreiras e facilitadores na adoção da alimentação complementar para crianças de 6 a 12 meses.

Duas características deste estudo são particularmente importantes: primeira, a inclusão do gênero masculino que nos permitiu visualizar a participação e inserção do pai no processo de transição e a segunda, a avaliação das percepções sob dois aspectos socioeconômicos diversos, aqui nominados G e E1 e G e E2.

Acreditamos que o envolvimento de cuidadores de crianças na faixa etária de 6 a 12 meses, possibilitou captar na vivência atual destes cuidadores, a transição pela qual passavam e suas implicações.

Dois importantes aspectos abordados nas recomendações do Guia (Passo 10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança" e do Passo 12. Proteger a criança da publicidade de alimentos), não foram contemplados na base empírica que emergiu das falas e, portanto, não foram abordados. Isto se deve ao fato de que o roteiro não visou à priori a análise do conteúdo através dos Doze Passos. Ainda assim, acreditamos que a opção por organizar o conteúdo inferido à luz dessas recomendações, trouxe informações essenciais sobre as dúvidas e dificuldades sobre alimentação complementar que poderão apoiar a implementação deste importante documento.

Por fim, os relatos dos cuidadores levam-nos a refletir e a oferecer algumas recomendações.

Os serviços de saúde, pela proximidade que possuem na abordagem da pessoa e das famílias, encontram-se numa situação privilegiada para orientar. É necessário, porém que sejam capazes de providenciar informação e apoio nas questões mais cruciais sobre alimentação complementar de forma clara e próxima a realidade cultural do grupo, com exemplos instrumentalizados pelo conhecimento do impacto que cada escolha provoca e desta forma motivar os cuidadores a um novo comportamento ou mudança.

Considera-se ainda importante, que seja incluída orientação com explicação sobre a parentalidade responsiva; que as intervenções incluam a abordagem em encontros comunitários para facilitar a compreensão da complexidade do meio em que as famílias estão situadas, com a participação do pai, avós e outros familiares. A sensibilização e dinamização de formação coletiva, principalmente com a participação das mulheres mais velhas em círculos de discussão e reflexão, troca de experiências, dúvidas, dificuldades e soluções, conduzida por profissionais habilitados, poderia redirecionar positivamente antigas crenças e hábitos. E que a participação do pai seja encorajada através do marketing social para tornar mais natural a inclusão masculina, um potencial facilitador para adoção da alimentação complementar.

Entre as mães do grupo socioeconômico mais vulnerável (G1), fica clara a utilização de fórmulas e outros leites concomitantes à amamentação ou em substituição a ela. O que mais nos chama a atenção é a desvalorização do leite materno entre as participantes e a associação pejorativa que fazem sobre “o dar de mamar” e a dependência que isso causa. Em vista de dados que nos alertam para uma possível mudança de percepção na adoção da amamentação entre os grupos mais vulneráveis, é necessário que se reforce a valorização do leite materno e as ações de proteção, promoção e apoio efetivo à amamentação e se avalie esta possível tendência em diferentes grupos socioeconômicos e demográficos.

Os ultraprocessados foram mais referidos no grupo socioeconômico mais vulnerável (G1 e E1); entre os participantes deste grupo há uma postura displicente sobre os riscos do consumo indiscriminado destes produtos; curiosamente há também uma consciência disseminada sobre os malefícios dos refrigerantes. Isto nos oferece uma pista de que evidências quando bem divulgadas, podem orientar a atitudes saudáveis.

A substituição da comida caseira por comida pronta ou industrializada foi referida nos dois grupos socioeconômicos o que nos leva a refletir que a valorização da comida preparada em casa é um ponto a ser fortemente trabalhado, tanto nas redes sociais e nas mídias televisivas por formadores de opinião, quanto nas intervenções nos serviços de saúde. É necessário que além de educar com informações corretas sobre os industrializados, as mensagens enalteçam o hábito de cozinhar e as preparações culinárias, conferindo-lhes o status merecido.

Uma nova perspectiva de formação e informação a ser fortemente considerada é a de que a internet seja utilizada por canais competentes e confiáveis para

disseminação do conhecimento e de dinâmicas sobre alimentação complementar para crianças pequenas.

Por fim, consideramos que este estudo permitiu compreender as dinâmicas do processo de transição e introdução da alimentação complementar em crianças de 6 a 12 meses, constituindo-se como um ponto de reflexão para os contextos formativos e das práticas. O percurso rico em oportunidades de aprendizagem, através da partilha de experiências, proporcionado pelos cuidadores, nos ensina a importância de replicar esta investigação em outros contextos similares a fim de que uma relação em que o que predomina é o que “nós sabemos” seja alargada pelo acréscimo de outras perspectivas.

# 8 REFERENCIAS

Aboim S. Género, família e mudança em Portugal. In: Wall K, Aboim S, Cunha V, organizadores. *A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades.* Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego; 2010. P.39-66.

Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process [internet]. 1991 [acesso em 23 jul 2017];50(2):179–211. Disponível em: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.317.9673&rep=rep1&type=pdf

Alexandre JD, Monteiro L, Branco I, Franco C. A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e multíparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e *bonding.* Análise Psicológica, 2016;3 (34): p.265-277

Allen LH, Gillespie SR. What works? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions [internet]. Geneva: ACC/SCN; Manilla: ADB; 2001 [acesso em 21 jul 2017]. Disponível em: https://www.adb.org/sites/default/files/publication/27916/what-works-nutrition-interventions.pdf

Amâncio L. Género e divisão do trabalho doméstico: o caso português em perspectiva. In Wall K, Amâncio L, editores. *Família e género em Portugal e na Europa.* Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2007. P.181-209 Disponível em : http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28234/1/ICs_KWall_LAmancio_Familia_LEN.pdf

American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Complementary feeding. In: Kleinman RE, Greer FR, editors. Pediatric Nutrition. 7th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2014:123-142.

ANSES (French Agency for Food, Environmental and Occupational Health & Safety). Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3).2017. Disponível em: https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-denouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de.

Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM.Educational interventions for improving complementary feeding practices.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD011768.
DOI: 10.1002/14651858.CD011768.

Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys. J Nutr. 2004;134(10):2579-85.

Balancho LSF. Ser pai: transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica,*2004;(*2):*377-386.

Baldissera R, Issler RM, Giugliani ER. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2016;32(9):e00101315.

Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2009.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

Bartoshuk LM. Comparing sensory experiences across individuals: recent psychophysical advances illuminate genetic variation in taste perception. Chem Senses. Aug 2000;25(4):447-60.

Bell JG. Keen CL, Lonnerdal B. Effect of infant cereals on zinc and cooper absorption during weaning. Am J Dis Child. 1987;141(10):1128-32.

Bhandari N, Mazumder S, Bahl R, Martines J, Black RE, Bhan MK et al. An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural Haryana, India. J Nutr. 2004;134(9):2342-8.

Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens.Rev.Saúde Pública. 2015;49-28.

Birch LL, Gunder L, Grimm-Thomas K, Laing DG. Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. Appetite. 1998;30(3):283-95.

Birch LL, Parker L, Burns A. Institute of Medicine of the National Academies, Committee on Obesity Prevention Policies for Young Children, eds. *Early childhood obesity prevention policies.* Washington, DC: The National Academies Press; 2011. Available at: *http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/Early-Childhood-Obesity-Prevention-Policies.aspx.*

Birch LL, Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 y. Am J Clin Nutr. 2014;99(3):723S-8S.

Biro FM, Wien M: Childhood obesity and adult morbidities. Am J Clin Nutr. 2010;91(5):1499S-1505S.

Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and videotape intervention delays early complementary feeding among adolescent mothers. Pediatrics. 2001;107(5):E67.

Black MM, Aboud FE. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *J Nutr.* 2011;141(3):490-494.

Black MM, Pérez-Escamilla R, Rao SF. Integrating nutrition and child development interventions: scientific basis, evidence of impact, and implementation considerations.

Adv Nutr [internet]. Nov 2015 [acesso em 22 jun 2017];6(6):852–9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642432/

Black RE, Brown KH, Becker S, Alim AR, Merson MH. Contamination of weaning foods and transmission ofenterotoxigenic Escherichia coli diarrhoea in children in rural Bangladesh. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1982;76(2):259–64.

Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet [internet]. 19 Jan 2008 [acesso em 23 jul 2017]:371(9608):243-60. Disponível em: https://pubag.nal.usda.gov/pubag/downloadPDF.xhtml?id=10965&content=PDF

Blake-Lamb TL, Locks LM, Perkins ME, Woo Baidal JA, Cheng ER, Taveras EM. Interventions for Childhood Obesity in the First 1,000 Days A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2016;50(6):780-789.

Blaylock JR, Variyam JN, Lin B-H. Maternal Nutrition Knowledge and Children's Diet Quality and Nutrient Intakes. Washignton (DC): Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture; 1999.

Bogdan R, Biklen S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora; 1994. Dísponível em :https://docente.ifrn.edu.br/albinonunes/disciplinas/pesquisa-em-ensino/investigacao-qualitativa

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política, jan-jul;2005.p.68-80.Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/%2018027/16976

Brasil. Ministério da Saúde. PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: resultado sobre anemia e hipovitaminose no Brasil Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 19 mar 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pesquisa_demografia_saude_crianca_mulher2006.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição [internet]. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 23 jul 2017]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/politica_alimentacao_nutricao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 23 jul 2017]. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica [internet]. 2. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [internet]. Brasília: Portal da Saúde – SUS; 2014 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/515-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l3-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10385-mortalidade-infantil

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014 b .Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 23 jul 2017]. (Cadernos de Atenção Básica n. 23). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Cordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos – Versão para consulta pública, 2018, Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/12/Guia-Alimentar-Crianca-Versao-Consulta-Publica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Portal da Saúde – SUS; acesso em janeiro de 2019. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php

Brasileiro RF, Jablonski B, Féres-CarneiroT. Papéis de gênero, transição para a paternidade e a questão da tradicionalização. *Psico,2002; 33*: 289-309.

Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. Future Child. 1997;7(2):55–71.

Brunello G, Fort M, Schneeweis N, Winter-Ebmer R. The causal effect of education on health: what is the role of health behaviors? [internet]. Osaka: ISER; Mar 2012 [acesso em 22 jun 2012]. (Discussion paper No. 836). Disponível em: http://www.iser.osaka-u.ac.jp/library/dp/2012/DP0836.pdf

Cabrera NJ, Tamis - Le Monda CS, Bradley RH, Hofferth S, Lamb ME. Fatherhood in the twenty-first century. *Child development.2000;71*:127-136.

Caetano MC, Ortiz TT, da Silva SG, Souza FI de, Sarni RO. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. J Pediatr (Rio J.). 2010;86(3):196-201.

California Dental Association Foundation, American College of Obstetricians and Gynecologists (District IX). Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health professionals. J Calif Dent Assoc [intenet]. Jun 2010 [acesso em 23 jun 2017];38(6):391-403, 405-40. Disponível em: http://www.cdafoundation.org/Portals/0/pdfs/poh_guidelines.pdf

Campbell K, Hesketh K, Crawford D, Salmon J, Ball K, McCallum Z. The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial (INFANT) an early intervention to prevent childhood obesity: cluster-randomised controlled trial. BMC Public Health. 31 Mar 2008;8:103.

Campbell KJ, Lioret S, McNaughton SA, Crawford DA, Salmon J, Ball K, et al. A parent-focused intervention to reduce infant obesity risk behaviors: a randomized trial. Pediatrics. 2013;131(4):652–660.

Campbell MK, McLerran D, Turner-McGrievy G, Fenz Z, Havas S, Sorensen G, et al. Mediation of adult fruit and vegetable consumption in the National 5 A Day for Better Health community studies. Ann Behav Med.2008;35(1):49–60.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev Saude Publica. Jun 1996;30 (3),285-93

Ciciriello S, Johnston RV, Osborne RH, Wicks I, DeKroo T, Clerehan R, et al. Multimedia educational interventions for consumers about prescribed and over-the-counter medications. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(4):CD008416.

Clayton HB, Li R, Perrine CG, Scanlon KS. Prevalence and reasons for introducing infants early to solid foods: variations by milk feeding type. *Pediatrics.* 2013;131(4):1108-14.

Coleman PK, & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal, 24*(2), 126-148.

Cubero SG, Crespo MF, Villa NG. Intervencion educativa a gestantes sobre alimentación infantil. Mediciego [internet]. 2010 [acesso em 23 jul 2017];16(1):[8 telas]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/pdf/t6.pdf

Dattilo AM, Birch L, Krebs NF, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Need for early interventions in the prevention of pediatric overweight: a review and upcoming directions. J Obes. 2012;2012:123023.

Denzin NK, Lincoln YS. The handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks: Publications; 2000. Introduction: the discipline and practice of qualitative research; p. 1-28.

Diez-Garcia RW, Castro IRR. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. Ciência & Saúde Coletiva; 2011; 16(1):91-98.

Downing KL, Hnatiuk J, Hesketh KD. Prevalence of sedentary behavior in children under 2 years: A systematic review. *Prev Med.* 2015;78:105-114.

Drewett R, Amatayakul K, Wongsawasdii L, Mangklabruks A, Ruckpaopunt S, Ruangyuttikarn C, et al. Nursing frequency and the energy intake from breast milk and supplementary food in a rural Thai population: a longitudinal study. Eur J Clin Nutr. 1993;47(12):880-91.

Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano S/A – EMPLASA, 2019. Disponível em: https://www.emplasa.sp.gov.br/RMSP.

Fein SB, Labiner-Wolfe J, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. Selected complementary feeding practices and their association with maternal education. Pediatrics. 2008;122(Suppl 2):S91-7.

Feldman R. Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Health Journal. 2000;21*:176-191.

Féres-Carneiro T. F*amília e casal: efeitos da contemporaneidade*.Rio de Janeiro: Puc Editora; 2009. Disponível em: http://www.editora.vrc.puc-rio.br/media/ebook_familia_e_casal.pdf

Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B,Méjean C, Deschasaux M, Fassier P, Latino-Martel P, Beslay M, Hercberg S, Lavalette C, Monteiro CA, Julia C, Touvier M. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. BMJ. 2018;360:K322. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323188461_Consumption_of_ultra-processed_foods_and_cancer_risk_Results_from_NutriNet-Sante_prospective_cohort/download

Fisher JO, Dwyer JT. Next steps for science and policy on promoting vegetable consumption among US infants and young children. Adv Nutr. 2016;7(1):261S-271S.

Fredericks S, Yau T. Educational intervention reduces complications and rehospitalizations after heart surgery. West J Nurs Res. 2013;35(10):1251–65.

Freebairn J. Taxation and obesity? Aust Econ Rev. 2010;43(1):54-62

Fundação Sistema Estadual de Análise de dados- SEADE. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/midia/2017/01/MSP_Indicadores_25jan_2.pdf

Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. Cad Saude Publica. 2011;27(2):305-16

Garden FL, Marks GB, Almqvist C, Simpson JM, Webb KL. Infant and early childhood dietary predictors of overweight at age 8 years in the CAPS population. Eur J Clin Nutr. 2011;65(4):454-62.

Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. Jornal de Pediatria.2000;76(3):253-262.

Glanz K. Social and Behavioral Theories [internet]. [S.l.]: e-Source: Behavioral and Social Science Research; [acesso em 23 jun 2017]. Disponível em https://obssr.od.nih.gov/wp-content/uploads/2016/05/Social-and-Behavioral-Theories.pdf

Glabe AC. Bean RA, Vira R. A prime time for marital/relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American Journal of Family Therapy.2005; 33*: 319-336.

Gold RS, Miner KR. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. J Sch Health [internet]. Jan 2002 [acesso em 21 jul 2017];72(1):3-7. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Robert_Gold2/publication/11495943_Report_of_the_2000_Joint_Committee_on_Health_Education_and_Promotion_Terminology/links/57792d3408aead7ba0763f87.pdf

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paideia. 2003;12(24):149-161

Guldan GS, Fan HC, Ma X, Ni ZZ, Xiang X, Tang MZ. Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China. J Nutr. 2000;130(5):1204-11.

Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 2007;369(9555):60–70.

Guedes GSM. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia, 2002.Disponible em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305425350004

Hackman DA, Farah MJ. Socioeconomic status and the developing brain. Trends Cogn Sci. 2009;13(2):65–73.

Hair NL, Hanson JL, Wolfe BL, Pollak SD. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. JAMA Pediatr. 2015;169(9):822–9.

Halfon N, Stevens GD, Larson K, Olson LM. Duration of a well-child visit: association with content, family-centeredness, and satisfaction. *Pediatrics.* 2011;128(4):657-664.

Hamadani JD, Tofail F, Huda SN, Alam DS, Ridout DA, Attanasio O, et al. Cognitive deficit and poverty in the first 5 years of childhood in Bangladesh. Pediatrics. 2014;134(4):e1001–8.

Harris JL, Fleming-Milici F, Frazier W, Haraghey K, Kalnova S, Romo-Palafox M, et al. Baby Food FACTS: Nutrition and marketing of baby and toddler food and drinks. Storrs (CT): UConn Rudd Center for Food Policy & Obesity; 2016.

Hawkes C, Brazil B., Castro IR, Jaime PC. How to engage across sectors :lessons from agriculture and nutrition in the Brazilian School Feeding Program. Rev Saúde Pública. 2016;50:47

Heinig J, Banuelos J, Goldbronn J, Kampp J. *Fit WIC baby behavior study: "Helping you understand your baby."* Davis, CA: UC Davis Human Lactation Center; 2009.Disponível em: *https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Sharing_Center/spg/CA_report2006.pdf*

Higgins C, Lavin T, Metcalfe O. health impacts of education: a review. Belfast; Dublin: Institute of Public Health in Ireland; 2008.

Holliday, A. *Doing and writing qualitative research*. London: 2. ed. Sage Publications,2000. Disponivel em: https://artlesstanzim.files.wordpress.com/2014/05/holliday-qualitative_research_full.pdf

Horta BL, Bahl R, Martinez JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.

Horta BL, Loret de Mola C, Victoria CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Pediatr. 2015;104(467):30-7.

Hotz C, Gibson RS. Participatory nutrition education and adoption of new feeding practices are associated with improved adequacy of complementary diets among rural. Malawian children: a pilot study. Eur J Clin Nutr. 2005;59(2):226–37.

Hunter PR, Ramírez Toro GI, Minnigh HA. Impact on diarrhoeal illness of a community educational interventionto improve drinking water quality in rural communities in Puerto Rico. BMC Public Health. 2010;10:219.

ILEP Medico-Social Commission. ILEP Technical Bulletin13: planning health education interventions [internet]. London (UK): ILEP; June 1998 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: https://www.leprosy-

information.org/files/ILEP%20Techn%20Bulletin%2013%20-%20Planning%20health%20education%20interventions.pdf

Imdad A, Yakoob YM, Bhutta A. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. BMC Public Health. 2011;11(Suppl 3):S25.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, 2016. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama.

Institute of Medicine (US). Committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth. Food marketing to children and youth: threat or opportunity? Washington (DC): National Academy of Sciences; 2006

Jablonski B. O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflitiva divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. In Féres-Carneiro T, organizador. *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação.*.São Paulo: Casa do Psicólogo,2007. p. 203-224.

Karnopp EVN, Vaz JS, Schaferc AA, Muniz LC, Souza RLV, Santos I, Gigante DP, Assunção MCF. Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. J Pediatr.2017;93(1):70-78. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v93n1/pt_0021-7557-jped-93-01-0070.pdf

Khanal V, Sauer K, Zhao Y. Determinants of complementary feeding practices among Nepalese children aged 6-23 months: findings from demographic and health survey 2011. BMC Pediatrics. 2013;13:131.

Kilaru A, Griffiths PL, Ganapathy S, Ghosh S. Community-based nutrition education for improving infant growth in rural Karnataka. Indian Pediatr. 2005;42(5):425–32.

Kleinman RE, Greer FR, Pediatric Nutrition, 7th Edition, By AAP Committee on Nutrition,Book | Published in 2013, ISBN (electronic): 978-1-58110-819-4

Krueger RA. Focus group: a pratical guide for applied research. Newbury Park: Sage Publications; 1988.

Kulwa KB, Verstraeten R, Bouckaert KP, Mamiro PS, Kolsteren PW, Lachat C. Effectiveness of a nutrition education package in improving feeding practices, dietary adequacy and growth of infants and young children in rural Tanzania: rationale, design and methods of a cluster randomized trial. BMC Public Healt. 2014;14:1077.

Lamb, M. E. (1997). *The role of the father in the child development*. New York: John Wiley & Sons; 1997.
Landry SH, Smith KE, Swank PR. Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. Dev Psychol. 2006;42(4):627-42.

Landry SH, Smith KE, Swank PR, Guttentag C. A responsive parenting intervention: the optimal timing across early childhood for impacting maternal behaviors and child outcomes. Dev Psychol. 2008;44(5):1335-53.

Lanigan J, Singhal A. Early nutrition and long-term health: a practical approach. Proc Nutr Soc. 2009;68(4):422-9.

Lassi ZS, Das JK, Zahid G, Imdad A, Bhutta ZA. Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;**13**(Suppl 3):S13. [DOI: 10.1186/1471-2458-13-S3-S13]

Leão MM., Castro IRR. Políticas públicas de alimentação e nutrição. In: Kac G, Sichiery R, Gigante DP, organizadores. Epidemiologia nutricional [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Atheneu; 2007 [acesso em 23 jul 2017]. p. 519-541. Disponível em: http://static.scielo.org/scielobooks/rrw5w/pdf/kac-9788575413203.pdf

Liberman Z, Woodward AL, Sullivan KR, Kinzler KD. Early emerging system for reasoning about the social nature of food. Proc Natl Acad Sci USA. 2016;113(34):9480-5.

Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Beraldi LG, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Cannon G, Monteiro CA**.** Impacto de alimentos ultraprocessados sobre o teor de micronutrientes da dieta no Brasil. Rev Saúde Pública. 2015;49:45.

Ludwig DS. Diet, and the Burden of Chronic Technology.American Medical Association.JAMA,2011;305(13:1352-1353). Disponível em: file:///C:/Users/Beth/Downloads/Technology,%20Diet,%20and%20the%20Burden%20of%20Chronic%20Disease%20(2).pdf

Mack N, Woodsong C, MacQueen KM, Namey E. Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide; by Family Health International; July 2011. Disponível em: https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Qualitative%20Research%20Methods%20-%20A%20Data%20Collector's%20Field%20Guide.pdf

Mahmud A, Jalil F, Karlberg J, Lindblad BS. Early child health in Lahore, Pakistan: VII. Diarrhoeal diseases. Acta Paediatr. 1993;82(Suppl 390):79-85.

Mannino ML, Lee Y, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. The quality of girls' diets declines and tracks across middle childhood. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2004;1(1):5.

Mannheim K. Ideología e utopia [internet]. 2. ed. México: Fondo de Cultura; 1987 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: https://elsudamericano.files.wordpress.com/2013/06/karl-mannheim-ideologia-y-utopia.pdf

Martins AP, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). Rev Saude Publica. 2013;47(4):656-65.

Martins, M. Os pais e os cuidados clínicos ao filho na maternidade: uma reflexão durante o ensino clínico. *Sinais Vitais.2002; 42*: 21-24.

Mazzocchi M, Traill WB, Shogren JF. Fat economics: nutrition, health and economic policy. Oxford: Oxford University Press; 2009.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q [internet]. 1988 [acesso em 23 jul 2017];5(4):351–77. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Mcleroy/publication/20088489_An_Ecology_Perspective_on_Health_Promotion_Programs/links/0d1c84f972a1e3f12d000000/An-Ecology-Perspective-on-Health-Promotion-Programs.pdf

Meleis AI, Sawyer L M, Im E, Messias DKH, DeAnne KH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced in Nursing Science.2000;23*(1):12-28.

Mennella JA, Reiter AR, Daniels LM. Vegetable and fruit acceptance during Infancy: impact of ontogeny, genetics, and early experiences. Adv Nutr. 2016;7(1):211S-219S

Menon P, Ruel MT, Loechl C, Pelto G. From research to program design: use of formative research in Haiti to develop a behavior change communication program to prevent malnutrition. Food Nutr Bull. 2005;26(2):241-2.

Mercer RT, Ferketich SL. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Nursing & Health,1995; 18*, 333-343. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nur.4770180407?purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&tracking_action=preview_click&r3_referer=wol&show_checkout=1

Minayo MCS. O desafio do conhecimento:pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Monte CM, Ashworth A, Nations MK, Lima AA, Barreto A, Huttly SR. Designing educational messages to improveweaning food hygiene practices of families living in poverty. Soc Sci Med. 1997;44(10):1453-64.

Monteiro CA. Nutrition and health: the issue is not food, nor nutrients, so much as processing. Public Health Nutr. 2009;12(5):729-31.

Monteiro CA, Benício MHD, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, Barros AJD, Victora CG. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007.Bull World Health Organ.2010;88:305-311.

Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IR de, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. Public Health Nutr. 2011;14(1):5-13.

Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Claro RM, Moubarac J-C. The food system, Ultraprossessing. The big issue for nutrition, disease, health, well-being. World Nutr. 2012;3(12)527-69.

Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational “big food” companies on the South: a view from Brazil. PLoS Med. 2012;9(7):e1001252.

Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. Obes Rev. 2013;14(Suppl 2):S21-8.

Moore H, Greenwood D, Gill T, Waine C, Soutter J, Adamson A. A cluster randomised trial to evaluate a nutrition training programme. Br J Gen Pract. 2003;53(489):271-7.

Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Newbury Park: Sage; 1988.

Morse JM. Designing funded qualitative research. In Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications;1994. Disponível em: https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/qualitative-method-sage-ency.pdf

Motarjemi Y, Käferstein F, Moy G, Quevedo F. Contaminated weaning food: a major risk factor for diarrhoea and associated malnutrition. Bull World Health Organ. 1993;71(1):79-92.

Moura-Ramos M, Canavarro MC. Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. Análise Psicológica.2007; 3 (25): 399-413.

National Cancer Institute (US). Theory at a glance: a guide for health promotion practice [internet]. 2nd ed. Bethesda (MD): US Department of Health and Human Services: Public Health Service: National Institutes of Health: National Cancer Institute; 2005 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/theory.pdf

Naylor AJ, Morrow AL. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. Washington (DC): LINKAGES: Wellstart International; 2001.

Nelson CS, Wissow LS, Cheng TL: Effectiveness of anticipatory guidance: recent developments. Curr Opin Pediatr. 2003;15(6):630-5.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade.2004;13 (3):44-57.

Nkhoma K, Seymour J, Arthur A. An educational intervention to reduce pain and improve pain management for Malawian people living with HIV/AIDS and their family carers: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2013;14:216.

Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. Nat Neurosci. 2015;18(5):773–8.

Ofotokun I, Binongo JN, Rosenberg ES, Kane M, Ifland R, Lennox JL, et al. Culturally-adapted and audio-technology assisted HIV/AIDS awareness and education program in rural Nigeria: a cohort study. BMC Int Health and Hum Rights. 2010;10(2):1-10.

Olabuénaga JIR. *Metodología de la investigación cualitativa.*3a ed. Bilbao: Universidad de Deusto;2003. Dísponível em: http://www.webquestcreator2.com/majwq/public/files/files_user/41661/05.%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20Cualitativa.pdf

Oski FA, Landaw AS. Inhibition of iron absorption from human milk by baby food. Am J Dis Child. 1980;134(5):459-60.

Palwala M, Sharma S, Udipi SA, Ghugre PS, Kothari G, Sawardekar P. Nutritional quality of diets fed to young children in urban slums can be improved by intensive nutrition education. Food Nutr Bull. 2009;30(4):317-26.

Pan American Healt Organization (PAHO)**.** Ultra-processed food and drink products in Latin America: trends, impact on obesity, policy implications. Washington (DC): 2015.

Park S, Pan L, Sherry B, Li R. The association of sugar-sweetened beverage intake during infancy with sugar-sweetened beverage intake at 6 years of age. Pediatrics. 2014;134(Suppl 1):S56-62.

Pelto GH, Santos I, Gonçalves H, Victora C, Martines J, Habicht JP. Nutrition counseling training changes physician behavior and improves caregiver knowledge acquisition. J Nutr. 2004;134(2):357-62.

Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2005;365(9474):1863-72.

Pereira M, Canavarro MC. Influência da paridade na adaptação na transição para a maternidade em gravidas infectadas pelo VIH e grávidas sem condição médica associada. *Análise Psicológica, 2011. XXIX*, 425- 438.

Pereira MC, Garcia ESGF, Andrade MBT, Gradim VC. Sentimentos da Puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. Cogitare Enferm, 2012;17(3):537-42.

Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M on behalf of the RWJF HER Expert Panel on Best Practices for Promoting Healthy Nutrition, Feeding Patterns, and Weight Status for Infants and Toddlers from Birth to 24 Months. Feeding guidelines for infants and young toddlers: a responsive parenting approach [internet]. Durham (NC): Healthy Eating Research; 2017 [acesso em 23 jul 2017]. (Guidelines for Health Professionals). Disponível em: http://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_report_021416-1.pdf

Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in Brazil:major progress, but until a long way to go.. J.Pedriatr.Rio de Janeiro.2017b;93:107-110.

Perrine CG, Galuska DA, Thompson FE, Scanlon KS. Breastfeeding duration is associated with child diet at 6 years. Pediatrics. 2014;134(Suppl 1):S50-5.

Philips N, Chirmulay D, Engle P, Houser RF, Bhagwat IP, Levinson JF. Does timely introduction of complementary foods lead to improved nutritional status? Analysis of data from Maharashtra, India [internet]. [S.l]: Trufts Nutrition; [acesso em 5 fev 2015]. (Discussion Paper No. 22). Disponível em: bit.ly/1ApmZ7u.

Piccinini CA, Silva M R, Gonçalves TR, Lopes RS. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica.2004;17*(3):303-314.

Pinzón-Rondón AM et al. Acute respiratory infection in children from developing nations: a multilevel stydy. Paediatr Int Child Health. 2016;36(2);84-90.

Prefeitura de São Paulo – subprefeituras. Dados demográficos dos distritos pertencentes às Prefeituras Regionais, 2017. Disponível em : https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

Rapley G. Guidelines for implementing a baby-led approach to the introduction of solid foods – updated, June 2008 [internet]. [S.l.]: [s.n.]; 2008 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: www.rapleyweaning.com/assets/blw_guidelines.pdf

Rapoport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. Psico-USF, 2011;16 (2);215-225.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Rio de Janeiro; 2003. v.1, p.537-545.

Relvas AP, Vaz CP. Monoparentalidade: uma família à parte ou parte de uma família? In Alarcão M, Relvas AP, organizadores. *Novas formas de família.* Coimbra: Quarteto Editora; *2002*. p.245-298.

Relvas AP. O ciclo vital da família: perspectiva sistémica.4ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 2006.

Reynolds KD, Bishop DB, Chou CP, Xie B, Nebeling L, Perry CL: Contrasting mediating variables in two 5-a-day nutrition intervention programs. Prev Med. 2004;39(5):882-93.

Ribeiro A. Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito do pai e da sua participação no nascimento do filho. *Servir.2005; 53*(4):190-194.
Rivera JA, Cossío TG de, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorelli R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(4):321-32.

Rodrigues EM, Boog MC. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. Cad Saude Publica. 2006;22(5): 923-31.

Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. Int J Obes (Lond). 2006;30(Suppl 4):S11-7.

Romero S. A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. In: Scarparo H, organizador. Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas. Porto Alegre: Editora Sulina; 2000. p. 55-78.
Rosa MVFPC, Arnoldi MAGC. *A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados*. Belo Horizonte:2ª.ed., Autêntica, 2007. Disponível: https://play.google.com/books/reader?id=J8MpDwAAQBAJ&hl=pt_BR&pg=GBS.PT7

Roy SK, Fuchs GJ, Mahmud Z, Ara G, Islam S, Shafique S, et al. Intensive nutrition education with or without supplementary feeding improves the nutritional status of moderately-malnourished children in Bangladesh. J Health Popul Nutr. 2005;23(4):320-30.

Roy SK, Jolly SP, Shafique S, Fuchs GJ, Mahmud Z, Chakraborty B, et al. Prevention of malnutrition among young children in rural Bangladesh by a food-health-care educational intervention: a randomized, controlled trial. Food Nutr Bull. 2007;28(4):375-83.

SAAP – Associação dos Amigos do Alto de Pinheiros. Disponível em : http://www.saap.org.br

Saldiva SRDM, Venancio SI, Castro ALS, Escuder MM, Giugliani ERJ. Características da alimentação complementar salgada, segundo região geográfica, em crianças de 6 a 12 meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2008. In: Anais do 12. Encontro Nacional de Aleitamento Materno [CD-ROM]; 19-23 ago 2012; Fortaleza. Fortaleza: IBFAN Brasil; 2012.

Saleem AF, Mahmud S, Baig-Ansari N, Zaidi AK. Impact of maternal education about complementary feeding on their infants' nutritional outcomes in low-and middle-income households: a community-based randomized interventional study in Karachi, Pakistan. J Health Popul Nutr. 2014;32(4):623-33.

Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015:104(467):3-13.

Santos I, Victora CG, Martines J, Goncalves H, Gigante DP, Valle NJ, et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. J Nutr. 2001;131(11):2866-73.

Sassi F. Obesity and the economics of prevention: fit not fat. Paris: OECD; 2010.

Satter E: Feeding dynamics: helping children to eat well. J Pediatr Health Care. 1995;9(4):178-84.

SEMPLA – Secretaria Municipal do Planejamento Urbano. 2002 Disponível em : https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

Shah A, Blackhall K, Ker K, Patel D. Educational interventions for the prevention of eye injuries. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD006527.

Sheth M, Dwivedi R. Complementary foods associated diarrhea. Indian J Pediatr. 2006;73(1):61-4.

Shi L, Zhang J. Recent Evidence of the Effectiveness of Educational. Interventions for Improving Complementary Feeding Practices in Developing Countries. J Trop Pediatr. 2011;57(2):91-8.

Shrimpton R, Victora CG, De Onis M, Lima RC, Blössner M, Clugston G. Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. Pediatrics. 2001;107(5):E75.

Siega-Riz AM, Deming DM, Reidy KC, Fox MK, Condon E, Briefel RR. Food consumption patterns of infants and toddlers: where are we now? J Am Diet Assoc. 2010;110(Suppl 12):S38-51.

Silva MR, Piccinini CA. O envolvimento paterno em pais não residentes: algumas questões teóricas. *Psico. 2004; 35* 185-194.

Silva RQ, Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em *sites* brasileiros de profissionais de saúde.Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil. Recife,2012: 10 (3): 331-340. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300006.

Simon J, Rosen S, Claeson M, Breman A, Tulloch J. *The Family ealth Cycle: From Concept to Implementation.*HNP Discussion Paper. IBRD/World Bank:Washington, DC; 2001.

Siqueira RL, Cotta RMM, Ribeiro RCL, Sperandio N, Priore SE. Análise da incorporação da perspectiva do direito humano à alimentação adequada no desenho institucional do programa nacional de alimentação escolar. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014,19 (1):301-310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2114>. ISSN 1678-4561.

Soares CB, Reale D, Brites CM. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. Rev Esc Enferm USP. set 2000;34(3):317-22.

Society of Health and Physical Educators *Active start: A statement of physical activity guidelines for children from birth to age 5.* 2nd ed. Reston, VA: SHAPE America; 2009. Dísponível em: *www.shapeamerica.org/standards/guidelines/activestart.cfm*.

Sonneville KR, Long MW, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Gillman MW, Taveras EM. Juice and water intake in infancy and later beverage intake and adiposity: could juice be a gateway drink? Obesity (Silver Spring). 2015;23(1):170-6.

Spence AC, Campbell KJ, Crawford DA, McNaughton SA, D Hesketh KD. Mediators of improved child diet quality following a health promotion intervention: the Melbourne Infant Program. Int J Behav Nutr Phys Act. 2014;11:137.

Sripaipan T, Schroeder DG, Marsh DR, Pachón H, Dearden KA, Ha TT, et al. Effect of an integrated nutrition program on child morbidity due to respiratory infection and diarrhea in northern Viet Nam. Food Nutr Bull. 2002;23(Suppl 4):70-7.

Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. Pediatr Clin North Am. 1991;38(6):1439-53.

Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa – Técnicas e procedimentoa para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada.Trad.Rocha LO: 2. ed. Artmed;2008.

Sutter C, Bucher-Maluschke JSNF. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico,2008;39*(1):4-82.

Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. Pediatrics, 1994; 93(2):271-7.

Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, et al. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. Nutr J. 2013;12:66.

Swinburn BA, Sacks G, D Hall K, McPheerson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic:shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011;378(9793):804-14.

Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. Factors associated with weaning practices in term infants: a prospective observational study in Ireland. Br J Nutr. 2010;104(10):1544–54.

Toloni MHA, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JAA. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. Rev Nutr. 2011;24(1):61-70.

Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis.2009;19( 3 ): 777-796. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013.

Tudge J, Hayes S, Doucet F, Odero , Kulakova N, Tammeveski P, Lee S. Parents participation in cultural practices with their preschoolers. *Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2000;16*:1-10.

United Nations Children´s Fund. 1990 - 2005 Celebrating: The Innocenti Declaration on the Protection Promotion and Support of Breastfeeding [internet]. Florence: UNICEF: WHO; Nov 2005 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/1990-2005-gb.pdf

United Nations Children's Fund. Progress for children: a report card on nutrition - No. 4 [internet]. [S.l.]: UNICEF; May 2006 [accesso em 29 jan 2015]. Disponível em: https://www.unicef.org/progressforchildren/2006n4/files/PFC4_EN_8X11.pdf

United Nations Children´s Fund. Progress for children: a world fit for children statistical review – No. 6 [internet]. [S.l.]: UNICEF; Dec 2007 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: https://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/files/Progress_for_Children_-_No._6.pdf

United States Agency for International Development, Infant and Young Child Nutrition Project. Behavior change interventions and child nutritional status: evidence from the promotion of improved complementary feeding practices [internet]. Washindton (DC): USAID: IYNC; June 2011 [acesso em 23 jul 2017]. (Literature Review). Disponível em: http://iycn.wpengine.netdna-dn.com/files/IYCN_comp_feeding_lit_review_062711.pdf

Vazir S, Engle P, Balakrishna N, Griffiths PL, Johnson SL, Creed-Kanashiro H, et al. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural indian toddlers. Matern Child Nutr. 2013;9(1):99-117.

Venâncio SI, Escuder MM, Saldiva SR, Giugliani ER. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J Pediatr (Rio J.). 2010;86(4):317-24.

Vereecken C, Maes L: Young children's dietary habits and associations with the mothers' nutritional knowledge and attitudes. Appetite. 2010, 54(1):44–51.

Victor R, Baines SK, Agho KE, Dibley MJ. Factors associated with inappropriate complementary feeding practices among children aged 6-23 months in Tanzania. Matern Child Nutr. 2014;10(4):545-61.

Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health. [Internet]. 2015 [cited Sep 9, 2016];3(4):199-205. Disponivel em : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365917/

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, v. 387, Jan 30, 2016, disponível em: http://www. thelancet.com/series/breastfeeding. Tradução: Leila Posenato Garcia e Giovanny Vinícius Araújo de França. Dísponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf

Vidali A. Francisco Morato – A História da Cidade. 2018 – eBook, 2ª. ed. Fisponível em : https://www.perfilmorato.com.br/ebookhistoriamorato.pdf

Vitolo MR, Rauber F, Campagnolo PD, Feldens CA, Hoffman DJ. Maternal dietary counseling in the first year of life is associated with a higher healthy eating index in childhood. J Nutr. 2010;140(11):2002-7.

Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. Cad Saude Publica. 2014;30(8):1695-707.

Wachs TD, Georgieff M, Cusick S, McEwen BS. Issues in the timing of integrated early interventions:contributions from nutrition, neuroscience, and psychological research. Ann N Y Acad Sci. 2014;1308:89-106.

Westphal MF, Bógus CM, Faaria MM. Grupos focais: experiência precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana.1996;*120(6):472-82.Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15464/v120n6p472.pdf?sequence=1

Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, Blake-Lamb TL, Perkins ME, Taveras EM. Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. *Am J Prev Med.*2016;50(6):761-779.Disponivel em: https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(15)00752-7/fulltext

World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007.

World Health Organization. The focus group manual. Geneva: WHO; 1992. (Methods for Social Research in Tropical Disease, 1).

World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) Health Education and Health Promotion Unit (HEP) WHO,1998. Dísponível em : http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf

World Health Organization. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância [internet]. São Paulo: IBFAN Brasil; 2005 [acesso em 3 ago 2017]. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf

World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 2008.

World Health Organization. Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding – Brazil [internet]. [S.l.]: WHO: IYCF; 2009 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/bra.pdf?ua=1

World Health Organization. Infant and Young child feeding.Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2010.

World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [internet]. Geneva: WHO; 10-13 Dec 2011 [acesso em 29 jan 2015]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/Complementary_Feeding.pdf

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators [internet]. Cairo: WHO: Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 [acesso em 1 mai 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119953/1/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?ua=1

World Health Organization. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action? Geneva: WHO; 2013.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf

World Health Organization. Complementary feeding [internet]. [S.l.]: WHO; [acesso em 1 fev 2015]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/

Vega-Robles I. Relaciones de equidad entre hombres y mujeres
Análisis crítico del entorno familiar. *Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica,* San José, Costa Rica. Actualidades em psicologia, 2007; 21: 59-78 Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133212641003

Yin SA, Li N, Yan ZY, Pan L, Lai JQ, Zhao XF. Effects of nutritional education on improvement of nutritional knowledge of infant's mothers in rural area in China. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi [Chinese Journal of Preventive Medicine]. 2009;43(2):103-7.

Zagury, T. Educar sem culpa – A gênese da Ética.18ª.ed. Rio de Janeiro: Record; 2002.

Zaman S, JaliL F, Karlberg J, Hanson LÅ. Early child health in Lahore, Pakistan: VI. Morbidity. Acta Paediatr Suppl. 1993;390(Suppl 82):63-78.

Zaman S, Ashraf RN, Martines J. Training in complementary feeding counselling of healthcare workers and its influence on maternal behaviours and child growth: a cluster-randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. J Health Popul Nutr. 2008;26(2):210-22.

# ANEXOS

## Anexo 1 - Projeto: **Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores**

### Roteiro do Grupo Focal

- Apresentação breve do Projeto
- Enfatizar que não há certo ou errado
- Queremos ouvir suas opiniões, próprias e individuais, à vontade
- O encontro tem como finalidade ouvi-las, portanto não daremos nenhuma orientação nesse momento. As dúvidas que surgirem serão transmitidas à equipe da...

Acho que caberia solicitar que as mães se apresentassem brevemente, dizendo seu nome, o nome e a idade do bebê.

1. Poderiam contar como foi quando seus filhos começaram a comer outros alimentos além de mamar? Como foi este momento? Quais foram os principais desafios? Cozinhar é um desafio? Tem hábito de cozinhar p/seu filho?

2. O que vocês já conheciam sobre a introdução dos alimentos na dieta da criança? Aonde ficaram sabendo (nas consultas, com os familiares, com as amigas, na TV, internet, nas redes sociais).

3. Sentiram necessidade de procurar orientação para introdução dos alimentos? Aonde buscaram esta orientação? (Como foi a experiência de cada uma. Quem você houve nesta hora).

4. Como são as horas de comer da sua criança? (local, ele tem horário pra comer, come junto com a família, eles precisam de distração pra comer, de que tipo).

5. Como é o comportamento do seu filho com relação a comida? (O que seus filhos comem? Do que eles gostam mais? Ele tem bom apetite? Você deixa que ele coma à vontade? Você sabe quando ele fica satisfeito? Você tem alguma estratégia para faze ele comer? Se ele não come, o que você faz?)

6. Qual é a sua opinião sobre como deveria ser a alimentação para as crianças nesta fase da vida?

7. Alguém te apoia em relação à alimentação do seu filho? (qual e de quem = do companheiro (a), dos familiares, de amigos, escola ou creche, na comunidade em que você vive, da sociedade).

## Anexo 2 - Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores - Roteiro para Entrevista em Profundidade.

Apresentação breve do Projeto
Enfatizar que não há certo ou errado
Queremos ouvir respostas sinceras de como o assunto transcorre em suas vidas e seu cotidiano.
Se houver dúvidas, poderemos abordá-las ao final da entrevista.

Nome da criança, Idade,
Nome do pai, idade
Escolaridade paterna
Tem outros filhos? Quantos e em que idade.
Padrão de cuidados infantis: creche ou similar.
Se o pai trabalha fora ou em casa?
Quantas horas?

---

1. Poderia contar como foi quando seu filho(a) começou a comer outros alimentos além de mamar? Como foi este momento?

2. O que você já conhecia sobre a introdução dos alimentos na dieta da criança?

3. Aonde ficou sabendo? (nas consultas, com os familiares, com as amigas, na TV, internet, nas redes sociais).

4. Sentiu necessidade de procurar orientação para introdução dos alimentos?

5. Aonde buscou esta orientação?

6. Aonde ou quem deu as informações que você considerou de maior credibilidade. (As que funcionaram melhor?)
7. Como é sua participação neste processo?

(Sub-questões: Quem cozinha em casa? Cozinhar é um desafio na sua casa? Você tem hábito de cozinhar p/seu filho? Para a família? Quem faz as compras?)

8. Você acompanha as refeições do seu filho(a)?

9. E como são as horas de comer da sua criança?

(Sub-questões: local, ele (a) tem horário pra comer, come junto com a família, precisa de distração pra comer, de que tipo).

10. Como é o comportamento do seu filho(a) com relação a comida?

(Sub-questões: o que seu filho(a) come? O que ele(a) come) é o que a família come? Do que ele (a) gosta mais? Ele (a) tem bom apetite? Você deixa que ele(a) coma à vontade? Você sabe quando ele(a) fica satisfeito(a)? Você tem alguma estratégia para fazê-lo (a) comer? Se ele(a) não come, o que você faz?)

11.Qual é a sua opinião sobre como deveria ser a alimentação para as crianças nesta fase da vida?

12.Qual o apoio que você tem tido em relação à alimentação do seu filho(a)? Da companheira, dos familiares, dos amigos, escola ou creche, na comunidade em que você vive, da sociedade.

13. Quais são suas maiores dúvidas?

14. Quais são seus maiores desafios?

# Anexo 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
AV. DR. ARNALDO, 715 – CEP 01246-904 – SÃO PAULO – BRASIL

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores**

**Pesquisador Responsável: Elizabeth Sorrentino**

A Sra. (O Sr) está sendo convidada (o) a participar do projeto de pesquisa **"Alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores".** Este projeto tem o objetivo de identificar os conhecimentos, as dúvidas e as dificuldade dos cuidadores sobre a alimentação complementar para crianças de 6 a 12 meses, já que este é considerado o período de maior sensibilidade ao desenvolvimento infantil.

A pesquisa será realizada com mães e pais de crianças com idade entre 6 e 12 meses que frequentam este serviço de saúde.

Para tanto a Sra. (Sr) participará de um encontro de mães/pais para responder perguntas sobre a alimentação das crianças e discutir sobre o assunto. Essa discussão levará em torno de 90 minutos e será gravada, transcrita e utilizada para estudo de maneira confidencial.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que a (o) Sra. Sr pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, ou sentir algum constrangimento ou algum tipo de desconforto ao expor sua opinião diante dos demais, mas tem a liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

O (A) Sr (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para melhorar os programas voltados à alimentação das crianças.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.
5. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Nome do sujeito ou do responsável legal: _____

Assinatura:_____

Eu, Elizabeth Sorrentino, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data:___/ ____/ ____.

Email:elizabethsion@uol.com.br
Telefone: (11) 38625949

# Anexo 4 – Parecer consubstanciado do CEP

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** alimentação complementar: barreiras e facilitadores sob a ótica de cuidadores
**Pesquisador:** ELIZABETH SORRENTINO
**Área Temática:**
**Versão:** 1
**CAAE:** 78929317.7.0000.5421
**Instituição Proponente:** Faculdade de Saúde Pública USP/SP
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.358.135

**Apresentação do Projeto:**
Estudo qualitativo envolvendo 4 grupos focais com cuidadores de crianças de 6 a 12 meses: Dois grupos serão recrutados em uma Unidade Básica de Saúde no município de Francisco Morato, ambos compostos por 6 a 10 participantes, um por mães e o outro por pais; os outros dois serão recrutados em uma clínica de pediatria privada no município de São Paulo/SP (Casa Curumim), igualmente compostos, cada qual por 6 a 10 participantes, um de mães e o outro de pais. O foco será identificar na população em estudo, lacunas de conhecimento, barreiras e facilitadores para adoção de uma alimentação saudável para crianças de 6 à 12 meses, já que este é considerado o período de maior sensibilidade ao desenvolvimento infantil.

**Objetivo da Pesquisa:**
Objetivo Geral
Identificar barreiras e facilitadores para adoção sobre prática de alimentação complementar para crianças de 6 a 12 meses.

Objetivos específicos
1. Identificar crenças, opiniões e atitudes dos cuidadores sobre alimentação complementar;
2. Identificar a influência das redes sociais formais e informais sobre a adoção de práticas de alimentação complementar;
3. Identificar fatores ambientais (institucionais, comunitários e de políticas públicas) que interferem

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

para adoção de uma alimentação complementar saudável.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: "A nossa avaliação é de que há um risco mínimo durante a execução deste trabalho tal como constrangimento ou algum tipo de desconforto do participante ao expor sua opinião diante dos demais, porém tentaremos minimizar este possível efeito propiciando à todos uma recepção calorosa e amigável que convide à descontração e que permita que se sintam à vontade para responder ou não as questões de estudo".

Benefícios: "Entendemos que o aprofundamento de dados e informações sobre alimentação infantil é da mais alta relevância e que poderá se constituir em grande benefício a toda a comunidade".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Nada a declarar.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termo de consentimento, cartas de anuência das instituições envolvidas e folha de rosto adequados.

**Recomendações:**

Pela aprovação do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1003394.pdf | 27/09/2017 14:54:58 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 27/09/2017 14:53:12 | ELIZABETH SORRENTINO | Aceito |
| Outros | carta_anuencia_2.pdf | 27/09/2017 14:43:09 | ELIZABETH SORRENTINO | Aceito |

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.358.135

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Outros | Carta_anuencia_1.pdf | 27/09/2017 14:41:35 | ELIZABETH SORRENTINO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Detalhado.pdf | 27/09/2017 14:36:31 | ELIZABETH SORRENTINO | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 27/09/2017 14:32:12 | ELIZABETH SORRENTINO | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

SAO PAULO, 30 de Outubro de 2017

**Assinado por:**
**Maria Regina Alves Cardoso**
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

# CURRÍCULO LATTES

## Sonia Isoyama Venancio

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/5325524254994256
Última atualização do currículo em 20/12/2017

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (1989), mestrado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1996) e doutorado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2002). Ingressou na carreira de Pesquisador Científico em 1994, no Instituto de Saúde da SES-SP. Atualmente é PqC VI, líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde e Assistente Técnico de Direção. Coordenou vários projetos de pesquisa, com financiamento do CNPq, FAPESP, OPAS, JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão) e Ministério da Saúde. Coordenou o Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto por um período de quatro anos. É docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Foi membro de cerca de 30 bancas de qualificação e conclusão de mestrado/doutorado. É revisora dos periódicos: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Revista Brasileira de Epidemiologia, - Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista de Saúde Pública e Epidemiologia e Serviços de Saúde. Desde 2007, é membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, assessor da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Aleitamento Materno, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno, nutrição, políticas de saúde, indicadores de saúde e epidemiologia e atenção básica. **(Texto informado pelo autor)**

### Identificação

| | |
|---|---|
| **Nome** | Sonia Isoyama Venancio |
| **Nome em citações bibliográficas** | VENANCIO, S. I.;Venancio, Sonia Isoyama;VENANCIO, SONIA I.;VENÂNCIO, SÔNIA ISOYAMA;VENÂNCIO, SONIA ISOYAMA;VENÂNCIO, SÔNIA I. |

### Endereço

| | |
|---|---|
| **Endereço Profissional** | Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.<br>Rua Santo Antônio, 590, 5º andar<br>Bela Vista<br>01314000 - São Paulo, SP - Brasil<br>Telefone: (11) 31168503<br>URL da Homepage: http://www.isaude.sp.gov.br |

### Formação acadêmica/titulação

| | |
|---|---|
| **1998 - 2002** | Doutorado em Nutrição Em Saúde Pública.<br>Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil.<br>Título: Determinantes Individuais e Contextuais do aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros Seis Meses de Vida em Cento e Onze Municípios do Estado de São Paulo, Ano de obtenção: 2002.<br>Orientador: Carlos Augusto Monteiro.<br>Palavras-chave: aleitamento materno; Allimentação infantil; Avaliação em Saúde.<br>Grande área: Ciências da Saúde<br>Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Nutrição.<br>Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas. |
| **1993 - 1996** | Mestrado em Nutrição Em Saúde Pública.<br>Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil.<br>Título: A situação da amamentação exclusiva no Estado de São Paulo,Ano de Obtenção: 1996.<br>Orientador: Carlos Augusto Monteiro.<br>Palavras-chave: aleitamento materno; Epidemiologia; Estado de São Paulo.<br>Grande área: Ciências da Saúde |

# Elizabeth Sorrentino

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/5329513122695834
Última atualização do currículo em 28/09/2017

Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo (2013). Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Nutrição, atuando principalmente nos seguintes temas: alimentação e nutrição,alimentação infantil, alimentação do lactente. **(Texto informado pelo autor)**

## Identificação

**Nome** Elizabeth Sorrentino
**Nome em citações bibliográficas** SORRENTINO, E.

## Endereço

## Formação acadêmica/titulação

**2016**
Mestrado em andamento em Saúde Pública.
Faculdade de saúde Pública USP, USP, Brasil.
Título: alimentação complementar:barreiras e facilitadores so a ótica de cuidadores,Orientador: Sonia Isoyama Venancio.

**2010 - 2013**
Graduação em Nutrição.
Centro Universitário São Camilo, CUSC, Brasil.
Título: PROPRIEDADES NUTRICIONAIS E FUNCIONAIS DOS COMPOSTOS BIOATIVOS DO YACON (Smallanthus sonchifolius).
Orientador: Prof. Dra. Fabiana Poltronieri.

## Formação Complementar

**2015 - 2015**
Métodos para Avaliação do Consumo Alimentar de Pop. (Carga horária: 56h).
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, FSP - USP, Brasil.

**2015 - 2015**
Praticas alimentares em Crianças Menores de 2 anos. (Carga horária: 24h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

**2015 - 2015**
Políticas de saúde :Alimentos ultraprocessados. (Carga horária: 2h).
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, FSP - USP, Brasil.

## Atuação Profissional

**Instituição Paulista Adventista de Educação e Assistencia social, HOSPITAL ADVENTI, Brasil.**

**Vínculo institucional**
**2013 - 2013**
Vínculo: estagiário, Enquadramento Funcional: estagiária na área de nutrição clínica hospit, Carga horária: 30, Regime: Dedicação exclusiva.

**Outras informações**
Estágio de caráter curricular

**Ong Banco de Alimentos Associação Civil, ONG BANCO DE ALI, Brasil.**

**Vínculo institucional**
**2013 - 2013**
Vínculo: estagiária, Enquadramento Funcional: estagiária na área de saúde pública, Carga horária: 30, Regime: Dedicação exclusiva.

**Vínculo institucional**