

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

2



Atena
Editora
Ano 2021

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

2



Atena
Editora
Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaió – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^ª Dr^ª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^ª Dr^ª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^ª Dr^ª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^ª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^ª Dr^ª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^ª Dr^ª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^ª Dr^ª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^ª Dr^ª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^ª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Prof^ª Dr^ª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^ª Dr^ª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^ª Dr^ª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^ª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Prof^ª Dr^ª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^ª Dr^ª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof^ª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Prof^ª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^ª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^ª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^ª Dr^ª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^ª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^ª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Prof^ª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Prof^a Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Prof^a Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof^a Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Prof^a Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Prof^a Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dinamismo e clareza no planejamento em ciências da saúde 2

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D583 Dinamismo e clareza no planejamento em ciências da saúde
2 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-938-7
DOI 10.22533/at.ed.387210604

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida
(Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

Este e-book, como seu próprio título explicita, tem como foco o planejamento de ações nas ciências da saúde. Não obstante, planejar denota preparar um trabalho, ou um objetivo, de forma sistemática; ademais, a etiologia da palavra também conota uma ação, prática e/ou um resultado. Diante disso, a organização desta obra não poderia desconsiderar o contexto que envolve o planejamento estratégico em saúde; desta forma, os 106 trabalhos aqui contidos estão dispostos em 5 volumes que levam em conta justamente o processo construtivo de um plano: a análise científica e literária do caminho percorrido nas ciências da saúde até o momento está representada nos três primeiros volumes que, por sua vez, englobam estudos de revisão, relatos de caso e de experiência, além de pesquisas epidemiológicas; já os últimos dois volumes trazem ao leitor trabalhos que fornecem novas perspectivas de ação em saúde, desde a atenção básica até novos métodos de diagnóstico e tratamento, além de pesquisas qualitativas que tratam da sociologia inerente à prática em saúde, principalmente no Brasil.

Em nome da Atena Editora, agradece-se o empenho dos autores na construção dessa obra e explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico no intuito de inspirar novos estudos que tragam ainda mais resultados para o dinamismo e para a clareza no planejamento em ciências da saúde.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

CÂNCER DE CÓLON DIREITO: ESTRATIFICAÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL E DIFERENÇAS NA EPIDEMIOLOGIA E APRESENTAÇÃO CLÍNICA, RELATO DE CASO

Carlos Brandão Feitosa Nina
Lorayne Lino Sousa
João Marcelo Garcez Alves
José Guilherme Belchior Costa
Ana Letícia Lopes Abreu Silva

DOI 10.22533/at.ed.3872106041

CAPÍTULO 2..... 4

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOECONÔMICA EM MULHERES COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA, NO PERÍODO DE 2013 A 2017

Hiasmin Rocha Teles
Elizabeth Ferreira de Miranda
Michelle da Silva Pereira
Antônio Marcos Mota Miranda

DOI 10.22533/at.ed.3872106042

CAPÍTULO 3..... 16

CONHECIMENTO DE FAMÍLIAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Erika Silva de Sá
Milena Ferreira Vieira
Thais Vilela de Sousa
Iel Marciano de Moraes Filho
Jactainy das Graças Gonçalves
Ricardo Costa da Silva
Micaelle Costa Gondim
Gabriela Moreira Melo
Jéssica Guimarães Rodrigues de Roure
Lorena Morena Rosa Melchior
Thales Antônio Martins Soares
Leidiane Ferreira Santos

DOI 10.22533/at.ed.3872106043

CAPÍTULO 4..... 45

CONHECIMENTO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE AS POLÍTICAS DO SUS: PROPOSTA DE TECNOLOGIA EDUCATIVA

Kellen da Costa Barbosa
Walter Wanderley Amoras

DOI 10.22533/at.ed.3872106044

CAPÍTULO 5..... 59

DISFUNÇÕES DO OUVIDO INTERNO CAUSADAS POR ALTERAÇÕES METABÓLICAS

DA GLICEMIA

Fábio Herget Pitanga

Luís Fernando Garcia Jeronymo

Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

DOI 10.22533/at.ed.3872106045

CAPÍTULO 6..... 66

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO AMAZONAS, BRASIL: VIVÊNCIAS DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Mayline Menezes da Mata

Suleima Costa Queiroz

Jairiane Lopes Azevedo Costa

Karina Rodrigues da Silva

Maykon Layrisson Lopes

DOI 10.22533/at.ed.3872106046

CAPÍTULO 7..... 72

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESVELANDO PRÁTICAS CULTURAIS DE AUTOCUIDADO NUMA COMUNIDADE QUILOMBOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Neudson Johnson Martinho

Closeny Maria Soares Modesto

DOI 10.22533/at.ed.3872106047

CAPÍTULO 8..... 81

EDUCAÇÃO FÍSICA E INTERPROFISSIONALIDADE: EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Eduarda Eugenia Dias de Jesus

Ricardo Clemente Rosa

Tatiane Cristine Sierpinski

Victor Hugo Antonio Joaquim

Patricia Esther Fendrich Magri

DOI 10.22533/at.ed.3872106048

CAPÍTULO 9..... 92

EFEITO DO CURCUMIN SOBRE O REPARO PERIODONTAL. ESTUDO IN VITRO

Vitória Bonan Costa

Natalie Aparecida Rodrigues Fernandes

Morgana Rodrigues Guimarães Stabili

DOI 10.22533/at.ed.3872106049

CAPÍTULO 10..... 102

ELABORAÇÃO DE MANUAL BÁSICO DE HISTOLOGIA PELA MONITORIA DE UM SISTEMA ORGÂNICO INTEGRADO NO CURSO DE MEDICINA

Lucas Palma Nunes

Ana Carolina Vieira Azevedo

Amanda Louise Trotta Telles Verchai Hasselmann

Mariana Schenato Araujo Pereira

Irlena Monica Wisniewska de Moura

DOI 10.22533/at.ed.38721060410

CAPÍTULO 11..... 114

**ESTAGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO:RELATO DE EXPERIENCIA SOBRE
COMPETENCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO ASISTENCIAL**

Raimunda Vieira Machado
Ana Cristina Araújo Soares
Luis Paulo Teixeira da Silva
Regina Célia Soares de Sousa Ponciano
Raffaela Hellen Lima Alves
Sheilane da Silva Carvalho
Patricia de Azevedo lemos Cavalcanti
Barbara Jesus de Freitas
Nayara Carvalho Lima
Nádia Caroline cruz Andrade
Taciana Tavares de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.38721060411

CAPÍTULO 12..... 118

**ESTOMATITE PROTÉTICA INDUZIDA PELO ERRO EM TÉCNICA DE REEMBASAMENTO
DE PRÓTESE TOTAL: CASO CLÍNICO**

Valbiana Cristina Melo de Abreu Araujo
Shirley Maria de Nazaré Rocha Cardoso
Bernardo Aquino Rodrigues Monteiro Filho
Julliana Andrade da Silva
Amanda Silva Passos
Juliana Feitosa Ferreira
Maria Áurea Lira Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.38721060412

CAPÍTULO 13..... 127

**FARMÁCIA COSMETOLÓGICA: ÁCIDO HIALURÔNICO E SEUS EFEITOS EM
TRATAMENTOS FACIAIS**

Gilvânia Maria dos Santos
Roberta Larissa Barbosa da Silva
Daniele Gomes da Silva
Jamyllé Queiroz
Joana D'arc Pereira da Silva
João Gabriel Torres Galindo
Kátia Cilene Batista
Silmara Barros
Marcelino Alberto
Maria Lucília Machado da Costa

DOI 10.22533/at.ed.38721060413

CAPÍTULO 14..... 134

FÁRMACOS E MEDICAMENTOS: DINÂMICA PRODUTIVA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

DE APOIO NO PERÍODO RECENTE

Andressa Neis
Fabiano Geremia

DOI 10.22533/at.ed.38721060414

CAPÍTULO 15..... 148

IMPACTO DA CONDIÇÃO BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PRÉ-ESCOLARES

Silvana Marchiori de Araújo
Eliane Garcia da Silveira
Maria Mercês Aquino Gouveia Farias
Betsy Killian Martins Luiz
Fabiano Rodrigues Palma

DOI 10.22533/at.ed.38721060415

CAPÍTULO 16..... 160

IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Karina Domingues de Freitas
Maria de Fátima Paiva Brito
Lilian Carla de Almeida
Lauren Suemi Kawata

DOI 10.22533/at.ed.38721060416

CAPÍTULO 17..... 169

IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA DETECÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO DE LITERATURA

Paula Liparini Caetano
Ludmilla Pereira dos Santos
Bruna Mota Ribeiro
Kariny de Souza Oliveira
Nathany Barbosa de Souza
Aline Monteiro Marques
Mariana Carvalho Ribeiro
Natália Cristina da Silva Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.38721060417

CAPÍTULO 18..... 179

INTEGRAÇÃO DE ACADÊMICOS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA NA SAÚDE COLETIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karin Rosa Persegona Ogradowski
Leonardo de Souza Cardoso
Laura Fernanda Fonseca
Camila Lima de Assis Monteiro
Leide Conceição Sanches
Adriana Cristina Franco
Max de Fillipis Resende
Izabel Cristina Meister Martins Coelho
Ivete Palmira Sanson Zagonel

DOI 10.22533/at.ed.38721060418

CAPÍTULO 19.....	189
MANIFESTAÇÕES DOS SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA	
Andreza Serpa Otoni	
Maria das Graças Resende da Silva Neta	
Marina Santos Mariano	
Lucas Benjamin Pereira Farias	
Marcos Antônio Rabêlo Júnior	
Arlete Bulhões Cavalcanti Madeiro de Oliveira	
Ana Paula Pierre de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.38721060419	
CAPÍTULO 20.....	200
MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS: À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UMA UTI PÚBLICA DE BRASÍLIA	
Victor Guimarães Antônio da Silva	
Yury Rhander Ferreira Gonçalves	
Gislane Ferreira de Melo	
Priscilla Cartaxo Pierrri Bouchardet	
Noriberto Barbosa da Silva	
Gabriel Cartaxo Barbosa da Silva	
Tarquino Erastides Gavilanes Sánchez	
Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	
DOI 10.22533/at.ed.38721060420	
CAPÍTULO 21.....	212
MORTALIDADE DE IDOSOS RESIDENTES EM MATO GROSSO, AMAZÔNIA LEGAL, 2010-2016	
Elizete Bezerra Hossaki	
Tony José de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.38721060421	
CAPÍTULO 22.....	225
MORTALIDADE MATERNA EM PERÍODO DE PARTO E PUERPÉRIO: REVISÃO DE LITERATURA	
Andreza Serpa Otoni	
Francisco de Nojosa Costa Neto	
Marina Santos Mariano	
Rômulo Sabóia Martins	
Arlete Bulhões Cavalcanti Madeiro de Oliveira	
José Lopes Pereira Júnior	
DOI 10.22533/at.ed.38721060422	
SOBRE O ORGANIZADOR.....	234
ÍNDICE REMISSIVO.....	235

CAPÍTULO 3

CONHECIMENTO DE FAMÍLIAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Data de aceite: 01/04/2021

Erika Silva de Sá

Universidade Federal do Tocantins, Palmas-Tocantins
ORCID: 0000-0002-3026-6091

Milena Ferreira Vieira

Universidade Federal do Tocantins, Palmas-Tocantins
ORCID: 0000-0002-6389-8642

Thais Vilela de Sousa

Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás
ORCID: 000-0002-7498-516X

Iel Marciano de Moraes Filho

Universidade Paulista, Brasília-Distrito Federal
ORCID: 0000-0002-0798-3949

Jactainy das Graças Gonçalves

ceulp/ulbra, Palmas-Tocantins
ORCID: 0000-0002-0078-6395

Ricardo Costa da Silva

Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás
ORCID: 0000-0002-1355-5262

Micaelle Costa Gondim

Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás
ORCID: 0000-0003-1997-7308

Gabriela Moreira Melo

Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás
ORCID: 0000-0001-7951-9021

Jéssica Guimarães Rodrigues de Roure

Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás
ORCID: 0000-0002-4185-8076

Lorena Morena Rosa Melchior

Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás
ORCID: 0000-0002-8644-1784

Thales Antônio Martins Soares

Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás
ORCID:0000-0001-5780-6476

Leidiane Ferreira Santos

Universidade Federal do Tocantins, Palmas-Tocantins
ORCID: 0000-0002-2969-6203

RESUMO: Introdução: O leite materno contém todos os nutrientes necessários para a criança obter um crescimento e desenvolvimento adequados nos primeiros seis meses de vida. Após esse período, a criança deve receber alimentos complementares e a amamentação deve continuar, pelo menos, até 2 anos de idade.

Objetivo: Descrever o conhecimento de famílias cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde sobre Alimentação Complementar. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido com 45 cuidadores(as) de crianças com idade entre 0 a 2 anos, cadastradas em dois grupos de peso de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Palmas, Tocantins, nos meses de outubro a dezembro de 2016. Os participantes foram entrevistados individualmente para preenchimento de instrumento de coleta com questões de identificação, informações sociodemográficas e aspectos relacionados à alimentação complementar da criança. As entrevistas foram gravadas, transcritas

e submetidas à Análise de Conteúdo. **Resultados:** A partir da análise dos discursos, foi possível identificar práticas inadequadas de alimentação infantil e introdução precoce de alimentos; que resultou na proposição de cinco categorias: Conhecimentos dos familiares em relação à alimentação complementar; Aspectos relacionados à introdução da alimentação complementar da criança; Preparo, consistência e utensílios utilizados para oferecer a alimentação complementar; Crenças, mitos e hábitos dos familiares que interferem na alimentação complementar oportuna e adequada; e, Importância das orientações e apoio dos profissionais de saúde na introdução da alimentação complementar. **Considerações finais:** Embora a maioria dos entrevistados tenha recebido orientações de profissionais de saúde sobre alimentação complementar, observou-se conhecimentos e práticas alimentares infantis inadequadas e equivocadas, permeadas por experiências de vida, crenças, mitos e saberes populares, apontando a necessidade de intervenção por meio de ações educativas sobre alimentação infantil pelos profissionais de saúde que atuam na Unidade Básica de Saúde. **PALAVRAS-CHAVE:** Alimentação Complementar, Aleitamento Materno, Comportamento Alimentar, Saúde da Criança, Educação em Saúde.

KNOWLEDGE OF FAMILIES SERVED IN A BASIC HEALTH UNIT ON COMPLEMENTARY FOOD

ABSTRACT: INTRODUCTION: *Breast milk* contains all the essential nutrients for the child to achieve an adequate growth and development within the first six months of life. After this period, the child should receive complementary feeding and breastfeeding should continue for at least 2 more years. **OBJECTIVE:** To describe the knowledge that families enrolled in a Basic Health Unit have about Complementary Feeding. **METHOD:** A descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, developed with 45 primary caregivers of children aged 0 to 2 years old, enrolled in two groups of the Basic Health Unit located in the city of Palmas – TO, Brazil, between October and December 2016. Participants were individually interviewed to fill out a questionnaire with questions related to their identification, sociodemographic information and aspects associated with the child's complementary feeding. The interviews were recorded, transcribed and submitted to Analysis of Content. **RESULT:** Regarding the analysis of the speeches, it was possible to identify inappropriate practices related to infant feeding and early introduction of food, which resulted in the proposition of five categories: "The knowledge of the relatives towards Complementary Feeding", "Aspects related to the child's introduction of Complementary Feeding", "Preparation, texture and tools used to provide Complementary Feeding", "Beliefs, myths and habits of the family members that interfere with adequate Complementary Feeding", and "The importance of guidance and support of the health professionals in the introduction of Complementary Feeding". **CONCLUSION:** Although the majority of the interviewees have received guidance from health professionals regarding Complementary Feeding, inadequate and misleading practices of infant feeding were observed, promoted by life experience, beliefs, myths and popular knowledge which pointed to the need of intervention through educational actions on Complementary Feeding by the health professionals working in the Basic Health Units. **KEYWORDS:** Food Assistance, Breast Feeding, Feeding Behavior, Child Health, Health Education.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a população brasileira mudou substancialmente seu estilo de vida e hábitos alimentares. A introdução da mulher no mercado de trabalho e a ampla oferta de alimentos processados resultaram em mudanças no consumo dos alimentos e padrão alimentar das famílias, afetando diretamente o consumo alimentar e impactando na nutrição das crianças (BRASIL, 2012a).

Destaca-se que alimentação adequada é fundamental para proporcionar crescimento e desenvolvimento satisfatórios na infância. Dessa maneira, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que a criança receba aleitamento materno exclusivo (AME), sob livre demanda, nos primeiros seis meses de vida e complementado até os dois anos de idade (BRASIL, 2012b; WORK HEALTH ORGANIZATION, 2014; BRASIL, 2015a).

Ademais, o leite materno contém todos os nutrientes necessários para se obter um crescimento e desenvolvimento adequados nos primeiros meses de vida, além de conferir proteção ao lactente contra várias doenças, excesso de peso, diarreia, infecções, alergias (BORTOLINI; VITOLO, 2010; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015a) e deficiências nutricionais (ALI; AYUB; HUSSAIN, 2015). Entretanto, nota-se maior risco de hospitalização na infância, para uma série de doenças infantis comuns, para crianças não amamentadas exclusivamente nos primeiros meses de vida (AJETUNMOBI et al., 2015).

Assim, a partir dos seis meses, o aleitamento materno exclusivo não é suficiente para fornecer os nutrientes e calorias necessários para a manutenção dos processos biológicos de desenvolvimento infantil, embora ainda continue sendo uma fonte indispensável de energia e nutrientes (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015a).

Desse modo, o MS preconiza a prática de aleitamento materno complementar após os primeiros seis meses de vida. Muito embora o leite materno seja essencial para proteção da saúde na infância (AJETUNMOBI et al., 2015), após esse período inicial de exclusividade, é necessária a introdução de alimentos complementares na dieta da criança, que deve ser feita gradativamente, em quantidade, qualidade e consistência adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil, respeitando as diferenças culturais e regionais, até chegar à alimentação preparada para a família. A alimentação complementar (AC) é a introdução de alimentos diferentes do leite materno, que visa oferta adequada de energia, vitaminas, proteínas e minerais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; BRASIL, 2015a).

Nesse contexto, a AC deve ter a consistência adequada, ser isenta de contaminação e sem excesso de sal ou condimentos, açúcares e enlatados e também ser de fácil preparo, não ser monótona, apresentar variedade de verduras, legumes, tubérculos, cereais e frutas, com preferência ao uso de alimentos regionais e da época, o que favorece o baixo custo. Por essa razão, deve-se conter carnes e ovos, pois configuram-se em fontes de proteínas (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013; DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014; BRASIL, 2015a).

Sob esse viés, pesquisas apontam falhas na introdução ou manejo na alimentação da criança menor de dois anos (GIESTA et al., 2019; SANTOS et al., 2020). Destaca-se que as situações mais comuns relacionadas à alimentação complementar oferecida de maneira inadequada são anemia, excesso de peso e desnutrição (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015a).

A obesidade infantil que pode ser consequência da AC inadequada, é considerada a doença nutricional que mais cresce no mundo e a de mais difícil tratamento. Isso se deve ao fato de que a criança tem dificuldades para abdicar dos seus alimentos preferidos e adequar-se a novos hábitos alimentares e estilo de vida (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014; PASSOS et al., 2015; MIRANDA et al, 2015; MORAES FILHO et al., 2019).

É preciso ressaltar que os hábitos e preferências alimentares são adquiridos nos primeiros anos de vida e está associado ao comportamento alimentar da família. Tais hábitos irão perpetuar na adolescência e na fase adulta. Portanto, a família é o primeiro e o principal educador nutricional da criança (MACHADO et al, 2014; MAIS et al., 2014). Dessa forma, é fundamental que a mãe, os familiares e os cuidadores sejam orientados sobre alimentação saudável e suas repercussões na saúde da criança (LIMA et al., 2014).

Além disso, é imprescindível salientar que cabe aos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, orientar os familiares e cuidadores quanto às práticas da AC adequadas, assim como os alimentos recomendados e os que devem ser evitados na dieta das crianças menores de dois anos (VITOLLO et al, 2014).

Outrossim, visando a qualificação profissional e promoção da saúde infantil, o MS Brasil lançou em 2012 a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, resultado da união da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e da Rede Amamenta Brasil, que tem como objetivo qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da AC saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e ainda aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da AC como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015b).

Considerando a relevância do conhecimento necessário para promoção da AC adequada, as seguintes questões nortearam o desenvolvimento dessa pesquisa: “As famílias possuem conhecimentos em relação à alimentação complementar infantil?” e “Como as famílias realizam a introdução de alimentação complementar à criança?”. A finalidade deste estudo foi descrever o conhecimento de famílias cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde sobre Alimentação Complementar.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa colaboraram para maior conhecimento dos profissionais de saúde em relação à prática de AC nessa população, ademais aclararam quais as demandas das famílias para implementação adequada da AC e por conseguinte, corroboram para promoção e proteção da saúde infantil. Este estudo, então, se justifica pela necessidade de identificar os fatores que interferem na prática da alimentação complementar adequada, de analisar a situação encontrada e propor alternativas para a

adesão dos familiares e cuidadores às recomendações do MS, além de contribuir com informações científicas que possam dar suporte para articulação de ações voltadas para a promoção da Alimentação complementar saudável e em tempo oportuno de modo tripartite.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, ou seja, a preocupação não é diretamente o estudo do fenômeno em si, mas a significação que o fenômeno ganha para os que o vivenciam (TURATO, 2005).

A população foi constituída por mães ou cuidadores(as) principais de crianças cadastradas em grupos de puericultura, realizados por enfermeiros e agentes comunitários de uma UBS, localizada no município de Palmas, em Tocantins, Brasil.

A referida unidade de saúde possui dois grupos de puericultura, que ocorrem uma vez por mês e atendem crianças de duas grandes áreas territoriais. Eles são denominados “grupo de peso”, e em cada um estão cadastradas, aproximadamente, 30 crianças.

Os encontros dos grupos ocorrem em uma igreja local, e as crianças são submetidas à avaliação antropométrica e os acompanhantes recebem orientações sobre temas diversos. As crianças, comumente, estão acompanhadas por suas mães.

A opção por esse local para realização dessa pesquisa se deu em virtude do vínculo previamente estabelecido entre as instituições de ensino com a referida Unidade de Saúde, haja vista que ela funciona como campo de estágio para os cursos de Enfermagem. Assim, foi possível planejar intervenções em resposta aos resultados alcançados com esse estudo.

Como critério de inclusão foram considerados mães ou cuidadores(as) principais de crianças com idade entre 0 a 2 anos, cadastradas na UBS, e que participam de um dos grupos de peso e foram excluídos mães e cuidadores(as) com idade inferior a 18 anos.

Não obstante, para realização dessa pesquisa foram selecionados acadêmicos do curso de Enfermagem para participarem do “grupo de peso”. Nesta oportunidade, foram convidadas a mãe ou cuidador (a) principal, para participarem da investigação voluntariamente, respondendo a um instrumento elaborado pelas pesquisadoras (APÊNDICE A).

Essa pesquisa foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

Etapas 1 – Coleta de dados – Entrevista às famílias cadastradas na Unidade Básica de Saúde que participam do “grupo de peso”

Durante os meses de outubro a dezembro de 2016, acadêmicas de Enfermagem da UFT participaram dos grupos de peso realizados por profissionais de saúde que atuam na UBS da quadra 503 Norte, localizada no município de Palmas, TO, Brasil. Nos grupos, as acadêmicas convidaram as famílias que possuíam crianças com até dois anos de idade para participar da pesquisa. Para aquelas que aceitaram, foi realizada leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após sua assinatura, foi realizada entrevista para aplicação do instrumento de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados contempla questões relacionadas ao perfil sociodemográfico da mãe ou cuidador(a) principal: nome (familiar), vínculo com a criança, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, escolaridade, forma de trabalho, local e função no trabalho, renda, número de habitantes na casa, número de filhos, idade dos filhos, nome da criança(s) menor de 2 anos de idade, data de nascimento, idade, sexo; e aspectos relacionados à alimentação da criança.

A etapa de coleta de dados ocorreu nas dependências da igreja, local em que ocorrem os grupos de peso. Salienta-se que os grupos acontecem em lugar amplo e, desse modo, foi garantido aos participantes, privacidade no momento de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados contém questões de identificação, informações sociodemográficas e relacionadas à percepção da família em relação à alimentação complementar da criança.

Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital com a anuência do(a) entrevistado(a) e posteriormente, transcrito pelas acadêmicas de enfermagem/auxiliares de pesquisa.

Etapa 2 - Análise das entrevistas

Para compreensão dos dados coletados foi usada análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin (2015), em que se seguirão as seguintes etapas:

1-Pré-análise: exploração do material pela leitura exaustiva e compreensiva do material, buscando sistematizar as ideias iniciais; 2-Exploração do material: agregação das ideias já sistematizadas em unidades que permitem uma descrição do conteúdo; 3-Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: elaboração de textos segundo a análise dos conteúdos, formação das categorias e contextualização dos mesmos com o referencial teórico do estudo.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, os discursos dos participantes foram identificados com as letras A e B, para diferenciar o grupo de puericultura o qual as famílias cadastradas faziam parte, seguidas do número de ordem da realização das entrevistas (A01, A02, B14, B15, A29, A30).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP (Parecer Aprovado nº 063 – 07/2015) da cidade de Palmas/TO e pelo CEP CEULP/ULBRA via Plataforma Brasil (Parecer Aprovado nº 1.801.756).

Foram observados os princípios éticos de acordo com a Resolução CNS nº466/12 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, respeitando toda a privacidade do indivíduo que será pesquisado (BRASIL, 2012c).

Os resultados obtidos serão encaminhados às Secretarias Estaduais e Municipal de Saúde e Educação, com intuito de proporcionar dados para estimular investimentos, principalmente na pesquisa voltada para Atenção Primária à Saúde.

3 I RESULTADOS

Do total de 48 (100%) familiares participantes do “grupo de peso” realizado mensalmente na Unidade Básica de Saúde, 45 (93,7%) aceitaram participar dessa pesquisa, dentre eles, 38 mães (84,4%) foram as principais acompanhantes responsáveis pelas crianças. Os demais cuidadores eram 3 pais (6,7%), 3 tias (6,7%) e 1 avó (2,2%). Não houve exclusões.

A idade dos participantes variou entre 18 a 64 anos, com predomínio da faixa etária entre 21 e 30 anos. A maioria era casada (o) ou em união estável 35 (77,8%) e possuía ao menos 2 filhos 27 (60%). Concluiu o ensino médio 19 (42%) entrevistados, 32 (71,1%) não trabalhava fora de casa e, para 28 (62,2%), a renda familiar mensal variou de 1 a 2 salários mínimos e o número de pessoas por domicílio foi de 3 ou mais em quase totalidade dos lares 44 (97,8%) (Tabela 1).

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	42	93,3
Masculino	3	6,7
Idade do entrevistado		
18 a 20 anos	11	25
21 a 30 anos	21	47
31 a 40 anos	10	22
41 a 50 anos	2	4
> 50 anos	1	2
Vínculo		
Mãe	38	84,4
Pai	3	6,7
Cuidador(a) Principal (avó, tias)	4	8,9
Estado civil		
Casada(o) ou estável	35	77,8
Separada(o)	1	2,2
Solteira(o)	9	20
Escolaridade		
Não Alfabetizada	1	2
Fundamental Incompleto	6	13
Fundamental Completo	5	11
Médio Incompleto	10	22
Médio Completo	19	42
Superior Incompleto	2	5
Superior Completo	2	5

Variáveis	f	%
Trabalha fora de casa		
Sim	13	28,9
Não	32	71,1
Renda familiar		
Até 1 SM	3	6,7
≥ 1 a 2 SM	28	62,2
> 2 a 3 SM	7	15,5
> 3 SM	5	11,1
Não sabe	1	2,2
Não tem renda	1	2,2
Número de filhos		
Nenhum	1	2,2
1	18	40
2	19	42,2
> 3	8	15,4
Número de habitantes na casa		
1 a 2	1	2,2
3 a 4	31	68,9
5 ou mais	13	28,9
Número de consultas de pré-natal		
≤ 6	1	2,6
≥ 6	26	68,4
Não lembra	11	29

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas das famílias participantes do “Grupo de peso” da Unidade Básica de Saúde 503 Norte (n = 45). Palmas-TO, 2017.

Em relação às crianças, a maioria era do sexo masculino 26 (57,8%) e 25 (55,6%) apresentavam idade de até seis meses de vida. Desse total, os familiares informaram que 15 (60%) encontravam-se em aleitamento materno exclusivo (AME). Todavia, ao serem questionados sobre a introdução de outros alimentos à dieta da criança, a maioria confirmou já ter oferecido algum tipo de complemento, tais como leite artificial, chás, sucos naturais e/ou industrializados, entre outros. Assim, foi possível identificar que, efetivamente, somente 7 (28%) estavam em AME.

Das 45 (100%) crianças desse estudo, 5 (11,1%) deixaram de receber leite materno antes de completar 1 mês, e ainda, 25 (71,4%) receberam alimentação complementar antes de completarem 6 meses de vida. Observa-se também que a oferta de alimentos complementares ocorre muito antes do que é recomendado pela literatura científica. Das 20 crianças com mais de seis meses e menores de dois anos de idade, somente 11 (55%) ainda recebiam leite materno.

A partir dos discursos dos familiares entrevistados nessa pesquisa, identificamos fenômenos relacionados à alimentação infantil, bem como introdução precoce de alimentos e interrupção da oferta de leite materno à criança, que estão representados nas categorias a seguir: Conhecimentos dos familiares em relação à alimentação complementar; Aspectos relacionados à introdução da alimentação complementar da criança; Preparo, consistência e utensílios utilizados para oferecer a alimentação complementar; Crenças, mitos e hábitos dos familiares que interferem na alimentação complementar oportuna e adequada; e, Importância das orientações e apoio dos profissionais de saúde na introdução da alimentação complementar.

Conhecimentos dos familiares em relação à alimentação complementar

Foi possível identificar nos depoimentos que os participantes dessa pesquisa compreendem a alimentação complementar como fator coadjuvante do aleitamento materno, que proporciona nutrientes adicionais para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança: “É importante pra aumentar o crescimento da criança... complementa a alimentação... e a partir dos 6 meses a criança pode ingerir” (B14). “É como o nome diz... pra completar o aleitamento” (B22). “Acho que é quando a criança começa a comer comida e não só a tomar leite” (B29). “Eu entendo que é dar um outro tipo de leite... um outro tipo de alimento...comida mesmo” (A31). “(...) que deve ter além do leite, ‘né’? Complementar a alimentação pra criança desenvolver” (A40).

Muito embora nas falas seja possível reconhecer que, para os familiares, a AC não substitui o leite materno, mas atua como fator complementar, nota-se que há diversos equívocos em relação ao tipo, consistência, qualidade e quantidade de alimento que deve ser oferecido à criança, como demonstram as falas a seguir: “É dar fruta, é? (...) Papinha, Danoninho®, fruta...” (A13). “Eu sei que é comida de caldo, coisa mais líquida (...) muita água” (A36). “Eu entendo pouco, que tem que dar além do peito(...) que tem que dar sopinha, frutas, ‘né’... que é bom pra ele, ‘né’?” (A42). “É o NAN®” (A44).

Os discursos apresentados inferem que os familiares entendem que a AC é somente a oferta de alimentos à criança, fora o leite materno. Alguns entrevistados citaram alimentos saudáveis para a introdução da AC como, frutas e verduras, embora não tenham especificado a consistência e a variedade deles. Outros, mencionaram alimentos e consistência não recomendados para iniciar a alimentação complementar, como comida de caldo e iogurte.

Ademais, a AC também é percebida, por muito familiares, como uma alternativa a ser utilizada apenas quando as mães não produzem leite materno suficiente ou quando o leite produzido é “fraco” e não consegue atender às demandas nutricionais da criança, como nas falas seguintes: “Eu entendo que só o leite só, não tá sustentando (...) aí, tem que dar outros alimentos pra poder sustentar a criança” (A04). “É importante dar nos primeiros dias, ‘né’? Quando a mãe não tem leite, aí se utiliza” (B16). “...Aqueles mães que não dão leite, a criança que não recebe leite, recebe complemento” (B17). “Ah, eu acho que

é porque tem que ‘tá’ complementando a alimentação da criança que só no peito não ‘tá’ dando mais (...) aí tem que dar um ‘complementozinho’ pra ela” (A37).

Dessa maneira, evidencia que há falta de conhecimento entre os familiares em relação a verdadeira função da AC. Tal situação pode colaborar para oferta inadequada de nutrientes à criança, antecipando ou postergando a introdução de alimentos complementares de qualidade e em quantidade suficiente para atender às demandas nutricionais da criança.

Aspectos relacionados a introdução da alimentação complementar da criança

Nas falas é possível identificar como as famílias realizam a introdução da AC às crianças, bem como quais são os alimentos oferecidos e os motivos para a escolha destes alimentos.

Em relação à refeição salgada, a maioria das crianças recebeu sopas, papas ou caldos de legumes, verduras, feijão, massas alimentícias e carnes de gado e frango, como demonstram as falas abaixo: “Ela tomava sopinha de verduras” (A31). “Eu fazia sopinha de batatinha, beterraba, essas coisinhas assim e dava pra ela” (A37). “Foi sopinha de carne com legumes e peito de frango” (A40). “Era sopinha que eu dava pra ele, misturada com verdura, beterraba, batatinha, cenoura, carne moída, macarrão” (A41). “Eu comecei dando sopinha e macarrão instantâneo pra ele, depois dava arroz com caldo de feijão. (...) Eu dava até ele encher a barriga” (A42).

Nesta pesquisa, observou-se que as sopas e caldos e o leite de vaca são os alimentos que prevaleceram na introdução da alimentação complementar das crianças menores de 2 anos. A consistência e a pouca variedade de grupos alimentícios fazem da sopa um alimento pouco calórico e nutritivo para oferecer às crianças e, ao contrário do que muitos familiares acreditam, o leite de vaca não é um alimento recomendado na dieta de crianças menores de 1 ano.

Pelas falas é possível inferir que os familiares acreditam estar oferecendo refeição variada e nutritiva às crianças. Entretanto, a oferta de massas alimentícias, como o macarrão instantâneo, pode comprometer a qualidade da alimentação da criança e refletir em desnutrição proteica, além de outros agravos à saúde.

Alguns familiares relataram que as crianças consumiam alimentos como frutas, café, bolachas, biscoitos, pães, fórmulas e, principalmente, bebidas lácteas como leite de vaca, mingau, achocolatado e iogurte: “Só frutas e peta (...) aquele biscoito de polvilho” (A09). “Suco, leite NAN®, Mucilon® de arroz, aveia, bolacha Maria®” (B14). “Eu dava o peito e depois completava com outro leite” (B15). “Eu dei mesmo massa e leite que a mãe dele mandava pra mim” (B25). “Eu dou maçãzinha raspada, mamão, Danoninho®, Activia® (...) só!” (A32). “Eu dou aqueles leites de pacote e de caixinha que ele gosta... [risos] com café, porque ele gosta, ‘né’?” (A42). “Dou leite com um pouquinho de Toddy® (...). Depende, quando tem pão de queijo eu dou, quando tem bolacha eu dou, dou banana pra ele” (A44).

Os discursos evidenciam que os alimentos lácteos são as preferências dos familiares e são considerados adequados à dieta infantil. Esta prática é muito difundida por estar

relacionada ao julgamento de que as crianças precisam ingerir bastante leite para fortalecer os ossos e os dentes. O consumo de bolachas, biscoitos e café revelam que a introdução precoce de alimentos não saudáveis na alimentação das crianças é muito frequente.

Dentre os alimentos industrializados consumidos pelas crianças menores de 2 anos de idade, destacam-se os refrigerantes, especialmente pelo prejuízo que podem causar à saúde dessa clientela. Os familiares mencionaram a bebida como uma das preferências alimentares das crianças: “Ela ama refrigerante [risos]” (B21). “Refrigerante ele gosta, mas, claro que não é nem bom eu dar pra ele, porque diz que enfraquece os ossos da criança” (A33). “Ela toma refrigerante. Eu sei que não é bom dar, ‘né’? Mas, Pepsi®, guaraná mesmo” (A42).

Apesar de reconhecerem que o consumo de refrigerante pode comprometer a saúde da criança, os familiares optam por oferecê-lo para não privar as crianças do consumo de algo que consideram muito saboroso.

Ao serem questionados sobre os motivos da escolha dos alimentos oferecidos à criança, várias justificativas foram apresentadas, destacando-se a preferência por alimentos saudáveis, próprios para a criança, e também a importância do sabor agradável ao paladar: “Porque acho ser próprio pra ele” (A05). “É porque eu acho mais gostosos” (A09). “Porque são os mais saudáveis pra criança” (B24). “Porque eu acho mais saudável” (A38).

Os familiares ainda mencionaram que a escolha dos alimentos foi baseada nos mais saborosos e naqueles que julgavam ser mais saudáveis. No entanto, nota-se discordâncias das falas com as atitudes dos entrevistados ao acreditarem que alimentos lácteos, industrializados entre outros, não recomendados para a alimentação infantil, sejam adequados para atender às demandas nutricionais da criança. Este resultado demonstra que as famílias possuem conhecimentos deficientes sobre o conceito de alimentos saudáveis e próprios para crianças menores de 2 anos.

Também é importante pontuar que, dentre os motivos indicados pelos familiares para a escolha dos alimentos a serem ofertados à criança, está a questão financeira, ou seja, o valor que se deve dispensar para a compra desses alimentos: “Porque é o que tá incluído diariamente em casa” (A02). “Porque geralmente são os mais baratos, mais em conta, ‘né’?” (A12). “Porque é o que dava pra dar pra ela” (B21). “O suco eu dou pra ele de pacote porque é mais barato e eu não tenho condição de dar suco de polpa” (A42).

Pelas falas é possível compreender que a introdução da alimentação complementar é influenciada por fatores sociais, econômicos e culturais. As condições socioeconômicas interferem no padrão e consumo alimentar da família e, conseqüentemente, da criança. Ao mencionar a preferência por alimentos de baixo custo, constatou-se que a escolha e aquisição dos alimentos são influenciadas pelo poder aquisitivo da família. Os alimentos de baixo custo, geralmente, são industrializados, mais calóricos e pobres em valor nutricional, por isso, não são recomendados na alimentação das crianças menores de dois anos.

De modo geral, percebe-se que os principais alimentos oferecidos às crianças menores de 2 anos foram as fórmulas infantis; leite animal na forma líquida ou em pó; chás; café; sucos natural e/ou artificial; alimentos pastosos; industrializados; caldos e sopa com legumes; verduras; feijão; tubérculos; massas alimentícias; carnes; frutas inteiras, amassadas, em pedaços ou batidas com leite; mingau; bolachas; biscoitos; iogurtes; achocolatados e refrigerantes.

Preparo, consistência e utensílios utilizados para oferecer a alimentação complementar

Em relação à apresentação dos alimentos complementares oferecidos às crianças, os participantes desta pesquisa referiram que, para o preparo de papas salgadas, legumes e verduras são cozidos em água com sal e, posteriormente, são amassadas com garfo. Algumas papinhas de frutas também são oferecidas amassadas, como indicam as falas seguintes: “Quando iniciou, eu cozinhava separado só o dele. Depois descascava e amassava tudo direitinho com o garfo mesmo e dava pra ele. Depois comecei a deixar os pedacinhos pra ele sentir o sabor dos legumes” (A02). “Geralmente eles são cozidos só com água e um pouco de sal, depois são amassados com garfo” (A07). “Geralmente, as frutas são amassadinhas e as verduras são cozidas com um pouquinho de sal e amassadinhas também como papinha” (B29) “Eu dava papa pra ele, ‘né’? Eu cozinhava e amassava, aí dava pra ele” (A44).

As papas de frutas também foram oferecidas raspadas e às colheradas ou cortadas em pedaços.

Eu cortava, dava na mãozinha dela e ela comia. Depende muito do alimento. ‘Tem’ alimento que é mais molinho, aí ela segura e amassa. O mamão eu dou na colherzinha pra ela, a maçã eu raspo e dou na colher pra ela, laranja eu dou um pedacinho, banana ela segura e come (A09).

Outros depoimentos são semelhantes: “Eu só lavo as frutinhas, rapo na colher e dou para ele” (B24). “Eu vou no mercado, compro, aí chego em casa, lavo, corto ao meio, tiro aquela parte da maçã que tem (...), raspo com a colherzinha e dou pra ele” (A32).

A colher foi o utensílio mais utilizado na oferta de alimentos na consistência de papa ou purê, e a mamadeira foi o principal utensílio para oferecer alimentos na forma líquida, como suco, sopa, caldo, fórmulas, mingau e leite animal: “As frutas eu fazia suco e dava na mamadeira e os outros eu cozinhava e amassava pra fazer papinha e dava na colherzinha dele” (B19). “Coloco as verduras, a carne moída e os temperinhos. Eu faço picadinho, eu cozinho, aí depois eu bato no liquidificador, faço a mamadeira e dou pra ela” (B25) “Eu dei suco e leite pra ele na mamadeira” (A33). “Ah, eu comecei a dar papinha. Eu fazia, amassava no prato e dava aos pouquinhos na colherzinha pra ele” (A41).

A frequência dos alimentos introduzidos na alimentação complementar se caracterizou em refeições salgadas, oferecidas no horário do almoço e frutas, suco e alimentos lácteos no período da manhã, tarde e noite, como demonstram as falas da

seqüência: “Umas 9h, eu dava fruta, tipo a banana... [Às] 11h, eu dava a sopinha e depois do almoço, eu só dou a mamadeira” (A04). “Eu dou mamadeira uma vez ao dia: às 11 horas” (A05). “Às 9h, ele come fruta, uma banana. Meio-dia, geralmente, eu dou a papinha pra ela. Na parte da tarde, ela geralmente come fruta ou um Danone e a noite, geralmente, é mais leite, ‘né?’” (A07). “Dou mingau pela manhã e tarde, e meio-dia, dou sopa” (A10) “Foi pouco, eu dava sopinha uma vez por dia” (B25). “Dou papinha todo dia às 12h e uma fruta ou um suco às 3h” (A45).

Os depoimentos revelam a oferta exacerbada de refeições lácteas às crianças menores de 2 anos e a pouca variedade no cardápio da papa de frutas. Os alimentos que são oferecidos com maior frequência tendem a se tornarem as preferências alimentares das crianças, enquanto que os alimentos oferecidos com menor frequência tendem a ser mais rejeitados, o que acaba influenciando na definição dos gostos e padrão alimentar infantil.

Crenças, mitos e hábitos dos familiares que interferem na alimentação complementar oportuna e adequada

Nas falas dos entrevistados nota-se que existe uma série de mitos, crenças e hábitos difundidos entre a população que incentiva a introdução precoce de alimentos e líquidos na dieta das crianças e interfere na alimentação complementar adequada, como o mito do leite “fraco”, ou seja, a crença de que o leite materno não sacia a sede da criança menor de 6 meses e o hábito de preparar e oferecer alimentos liquidificados aos lactentes para não ocorrer o engasgo.

Verificou-se que a introdução de leite de vaca e fórmulas infantis na dieta da criança pode ser permeada pelo sentimento de produção de pouco leite, mitos como a existência do leite fraco e insuficiente para saciar a fome do filho e a crença de que as fórmulas e o leite bovino sustentam mais que o leite materno e é capaz de suprir as necessidades nutricionais e satisfazer a fome da criança:

“Leite Ninho[®], porque achava que ele ‘tava’ insatisfeito com o leite de peito” (A10). “O NAN[®]. O motivo é que o leite materno não ‘tava’ sustentando ele” (B24). “O leite NAN[®] de 0 a 6 meses, porque só o leite de peito não estava sustentando ele” (B28). “O Nestogeno[®], porque ele não mamava mais o leite materno” (A41).

Apesar da maioria dos familiares ter ressaltado a importância da amamentação para a saúde do filho pelo seu valor nutricional e proteção contra doenças, observou-se relatos de muitos entrevistados, que o leite materno não é suficiente para sustentar e nutrir a criança, havendo a necessidade de oferecer outro tipo de leite ao filho.

Muitos familiares mencionaram que ofereceram outro tipo de leite porque ele estava chorando, acreditando que o leite materno não estava saciando a fome da criança. “Eu dei Nestogeno[®] porque ele ‘tava’ chorando” (A05). “O NAN[®] porque ele chorava muito, parecia que o leite de peito não ‘tava’ sustentando ele” (B20).

O choro é interpretado pelos familiares como um método de avaliar a fome e a insatisfação da criança devido à cultura de que o choro frequente é uma forma de manifestação que a criança encontra para indicar que a quantidade e qualidade do leite materno não é suficiente para sua alimentação e nutrição. Esta atitude dos familiares na ânsia de resolver imediatamente o problema do choro pode influenciar a introdução precoce de alimentos.

Entre os entrevistados, observa-se que as atividades profissional e acadêmica das mães influenciam na introdução precoce de leite animal e fórmulas infantis na alimentação da criança:

“Leite Ninho®. É porque ano que vem eu tenho que estudar, ‘né’? Aí, eu quero tirar ela do peito e também porque eu estava emagrecendo demais. Comecei a engordar agora. Minhas roupas estavam caindo, então comecei a tirar ela pouco a pouco do peito.” (B21)

Outra entrevistada declara: “Eu dei o Nestogeno® e o Ninho®. Ele agora está tomando Ninho®. É porque eu tive que voltar a trabalhar, aí eu tive que dar outro leite” (A38). “Aquele leite da Nestlé, o NAN® 1 e o NAN® 2. O motivo é que a mãe dela começou a trabalhar e aí teve que complementar com o leite NAN®” (A40).

Os entrevistados possuem o entendimento de que por trabalhar fora de casa e dar continuidade aos estudos, a mulher fica impossibilitada de manter o aleitamento materno exclusivo do filho, e a única alternativa é a introdução de leite animal e fórmulas infantis.

Observou-se o hábito das famílias em oferecer líquidos como água, chás e sucos às crianças menores de 6 meses de idade, principalmente, aos recém-nascidos. Este hábito é baseado nos saberes empíricos difundidos entre a população de que a criança menor de 6 meses sente sede e cólicas. A prática de oferecer água e chá precocemente é tão comum e frequente que os familiares acreditam que mesmo recebendo leite materno juntamente a esses líquidos, as crianças ainda se encontram em AME. “Só dei chá” (A01). “Eu dei água e suco da fruta” (A09). “Já dei suco. Ela só dorme se tomar chá de camomila” (A12). “Só água que às vezes eu dou” (B23). “Água sim, água eu dou. Eles sempre falam que não pode, mas eu dou porque aqui é muito quente” (B26). “Só um chazinho, às vezes” (A34).

A oferta precoce de água e suco se deve à crença de que o leite materno não é suficiente para saciar a sede e devido ao clima quente e seco da cidade, a criança pode desidratar-se, caso não receba outros líquidos. O consumo de chá entre as crianças pequenas está relacionado às propriedades terapêuticas como calmantes e de melhora da dor em episódios de cólicas.

A prática frequente em oferecer alimentos liquidificados ou peneirados às crianças foi identificada entre a maioria dos participantes. Os alimentos liquidificados são percebidos pelos familiares como uma forma de fácil preparo e adequado ao cardápio da criança, como mostram as falas: “As verduras são cozidas, amassadas e batidas no liquidificador” (A08). “Eu dei caldo de carne moída com batatinha e cenoura batidos no liquidificador” (B21). “Eu

cozinhava a sopa, colocava as verduras, cozinhava bem. Depois eu passava na peneira pra que pudesse ficar mais ralo e ela não engasgar” (A31) “Eu faço o suquinho de polpa e da fruta batido no liquidificador” (A37). “Foi cozido, ‘né’? Depois eu batia no liquidificador pra ficar tipo sopinha” (A40),

O hábito em oferecer alimentos diluídos se deve ao sentimento de medo da criança engasgar com alimentos em consistência pastosa e à crença de que os alimentos liquidificados são mais fáceis da criança deglutir. Alimentos batidos no liquidificador ou peneirados não são recomendados por não fornecer o aporte calórico e nutricional que a criança precisa, além de não estimular a mastigação.

Importância das orientações e apoio dos profissionais de saúde na introdução da alimentação complementar

Nessa pesquisa, a maioria dos familiares informou que recebeu algum tipo de orientações sobre alimentação complementar. Os entrevistados relataram que as orientações foram prestadas na maternidade e na UBS, por profissionais de saúde, sendo os profissionais médicos e enfermeiros os principais responsáveis por essas orientações, como apresentado nos depoimentos seguintes: “Eu ouvi falar nas consultas de pediatra” (A07) “A pediatra da maternidade” (A11). “Aqui no postinho e na maternidade” (B18). “Aqui mesmo no postinho” (B24). “A enfermeira do postinho” (B26). “Na maternidade” (A34).

As orientações dos profissionais de saúde são fundamentais na eficácia da introdução da alimentação complementar adequada e oportuna pelas famílias. O médico e o enfermeiro foram os profissionais mais indicados pelos entrevistados, provavelmente devido ao contato mais próximo com os familiares na prestação da assistência à saúde.

Nas falas dos familiares é possível perceber que, muitas vezes, eles são orientados e incentivados por profissionais de saúde, à prática da introdução precoce de fórmulas infantis: “O NAN[®] 1 Supreme. O pediatra receitou na maternidade porque eu não estava produzindo leite. Aí, eu dei até eu criar leite” (A09). “O NAN[®] 1. Foi orientado lá no hospital” (B22). “Hoje ele toma Aptmail[®] porque o médico que me indicou” (B29). “NAN[®] porque o médico receitou” (A45).

A relação de confiança que a população deposita nos profissionais de saúde influencia diretamente as famílias na tomada de decisões na prática alimentar do filho. Orientações de apoio e incentivo à introdução precoce de fórmulas infantis corroboram com a introdução precoce da alimentação complementar.

Os familiares mencionaram que os alimentos introduzidos no início da alimentação complementar do filho foram recomendados pelos profissionais de saúde (médico, enfermeira ou nutricionista). “A médica que falou pra gente dar, não dar só o leite não, que já pode dar fruta. A gente começou com a fruta, depois da fruta, o suquinho, aí depois a gente começou com a sopinha” (A12). “O Pediatra que passou uma lista com quais alimentos que pode oferecer” (B14). “Primeiro eu passei com a enfermeira, ela me informou o que eu podia estar fazendo, o que ele podia estar comendo. No início fruta, suquinho e

água. Depois, aos pouquinhos ele foi comendo biscoito” (B24). “Porque me receitaram, ‘né’? (...) A pediatra” (A44). “Dieta do nutricionista” (A45).

Depois dos seis meses eu vim aqui no postinho. *Aí*, consultei com a médica porque ele tem dificuldade pra fazer cocô. *Aí*, ela falou que como ele já tem seis meses, eu já poderia introduzir o Danoninho®. Ela me deu uma lista do que podia e falou que eu poderia dar aquele Danoninho Activia® que era pra poder ajudar a digestão e regular o intestino dele (A32).

Os discursos evidenciam que os entrevistados valorizam as orientações dos profissionais de saúde, o que reforça a importância destes no papel de educador nutricional. Entretanto, observou-se divergências das orientações ministradas com o preconizado pelo Ministério da Saúde ou ocorreram distorções na compreensão das orientações repassadas.

Além dos profissionais de saúde, alguns familiares citaram os meios de comunicação, como internet e televisão, como fontes de informações sobre AL. “Eu vi na televisão” (B29). “Eu ouvi falando aqui e na televisão também. *É* que eu gosto que ficar assistindo aquele Bem-Estar. O Bem-Estar, às vezes fala sobre isso” (A38). “Na internet e com a nutricionista” (A40).

Na atualidade, os meios de comunicação, como a televisão e a internet, são importantes fontes de busca de conhecimento e informações pela população em geral. O acesso facilitado, a agilidade na atualização das notícias e o expressivo número de informações disponíveis tornaram a internet o meio de comunicação mais utilizado pela sociedade contemporânea e o principal formador de opiniões, podendo influenciar no comportamento das pessoas. No entanto, deve-se ter cautela com as informações adquiridas e as fontes pesquisadas nessas redes de comunicação porque nem sempre as orientações são baseadas nos conhecimentos técnico-científicos.

4 | DISCUSSÃO

O manual “Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos”, em sua 2ª edição, publicado pelo MS em 2013 para subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica a promover práticas alimentares saudáveis para as crianças pequenas foi o instrumento utilizado para a discussão dos resultados da presente pesquisa. Este manual preconiza orientações para ajudar as famílias na introdução da AC oportuna e adequada (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Para a alimentação saudável da criança recomenda-se a oferta somente de leite materno até os 6 meses de vida, sem introdução de água, chá ou qualquer outro alimento. Não obstante, nesta pesquisa verificou-se que o consumo de líquidos como água, chá, suco, fórmulas, leite de origem animal, e outros alimentos, tais como sopa, comida de caldo, papa, frutas e industrializados, como mingau, refrigerante, bolacha e iogurte, ocorreram precocemente entre esta população, antes mesmo de completarem o 6º mês de vida. Tal

hábito contraria as recomendações da literatura científica especializada na área (CRUZ et al, 2017; UWAEZUOKE; ENEH; NDU, 2017).

Estudo desenvolvido por Oliveira, Parreira e Silva (2014), com 43 mães de crianças com idade entre 6 a 11 meses e 29 dias, atendidas no ambulatório de Pediatria de um hospital universitário do município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, também identificou a prática de introdução precoce da alimentação complementar à 53,5% das crianças. Contudo, pesquisa realizada com 362 puérperas em uma maternidade pública na região noroeste de Goiânia, Estado de Goiás, apresentou dados contrários aos encontrados na pesquisa anterior, evidenciando que poucas crianças iniciaram a introdução de alimentos na dieta antes dos 6 meses de idade (SCHINCAGLIA et al. 2015).

A introdução precoce de alimentos pode provocar prejuízos à saúde da criança, como maior número de episódios de diarreia e infecções respiratórias, risco de desnutrição se os alimentos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, os alimentos liquidificados, deficiência de alguns micronutrientes importantes do leite materno, como ferro e o zinco, aumento do risco de reações alérgicas e aumento da morbimortalidade, tendo em vista que antes dos 6 meses a criança ainda não atingiu a maturidade fisiológica necessária para receber alimentos e outros tipos de líquidos (FROTA et al. 2013; CORREIA; PEREIRA; BRITO, 2013; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a; SANTOS et al., 2016).

A oferta de líquidos, como água e chás, concomitante ao leite materno antes da criança completar 6 meses de idade, foi uma prática observada entre muitos entrevistados desta pesquisa, sendo a água o líquido mais oferecido, seguido pelo chá. Este hábito é muito comum entre a população e percebido como inofensivo e adequado. Foi possível perceber que a família acredita que mesmo a criança recebendo estes líquidos, água e chás, ainda se encontravam em AME.

Estudo realizado por Campos et al. (2015), com 309 mulheres que tiveram filhos em um hospital universitário localizado no interior de São Paulo, apontou que 30% das entrevistadas afirmaram que a criança estava em AME, embora elas tenham recebido líquidos, como a água (18,6%) e o chá (13,8%). Estes pesquisadores identificaram que esta prática estava associada à crença de que a criança sentia sede e cólicas.

Estudo desenvolvido por Frota et al. (2013), com 16 mães de crianças menores de seis meses de idade que estavam em alimentação mista atendidas em uma UBS no município de Maranguape, Estado do Ceará, revelou que a maioria das mães ofertaram água às crianças antes dos 6 meses de vida, pela crença que o filho sente sede, devido ao tempo quente da região.

Schincaglia et al., (2015), em estudo realizado com 362 puérperas em uma maternidade pública, identificaram a prevalência na oferta de chá (32,6%) seguida pela água (19,1%) no primeiro mês de vida dos bebês, justificada pela utilização da bebida como medicamento para melhorar cólicas da criança.

É importante destacar que a introdução precoce desses líquidos está associada ao desmame precoce e, conseqüentemente, ao aumento no risco de doenças diarreicas que podem levar à desidratação, perda de peso e mortalidade. Ademais, a exposição da criança a estes riscos não se justifica, pois, o leite materno contém água em sua composição, no volume suficiente para saciar a sede do bebê, não sendo necessária a introdução de líquidos como água, chás e/ou sucos, mesmo em climas quentes e secos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a), como o característico do município de Palmas.

Também pontua-se que o choro frequente é um comportamento natural da maioria dos lactentes nos primeiros meses de vida, por fazer parte do desenvolvimento neurológico e estar relacionado a diversas causas internas e externas, por exemplo, a dor, o sofrimento, o calor, e não necessariamente à satisfação do bebê com o leite materno (MARCON; VIEIRA; MORAIS, 2014).

A criança adquire o controle voluntário do choro por volta do primeiro mês de vida, porém, a falta de informações sobre esse processo psicofisiológico pode induzir a interpretação do choro excessivo como uma manifestação real de fome, fazendo com que a família acredite que o leite materno não está saciando a criança (BRANCO et al., 2006; VARGAS et al., 2016).

O receio de a criança apresentar desnutrição e outros agravos à saúde, faz com que familiares decidem introduzir outro tipo de leite precocemente. Este hábito que também é muito frequente, foi identificado em alguns entrevistados desta pesquisa e como uma forma de resolução rápida e prática, dessa forma, os cuidadores ofertaram outro tipo de leite para acalmar a criança e cessar o choro (BRANCO et al., 2006; VARGAS et al., 2016).

Ainda, uma pesquisa realizada com dez mulheres em puerpério imediato, internadas no alojamento conjunto de uma maternidade no Estado do Rio de Janeiro, mostrou que as nutrizes interpretavam o choro como um dos sinais de reconhecimento de fome dos bebês. Segundo o estudo, esta associação poderia levar ao entendimento de que o leite materno não está sendo suficiente para satisfazer o filho, condição determinante para a introdução de fórmulas lácteas e de outros alimentos precocemente por (VARGAS et al., 2016).

Em investigação já citada, em consonância aos resultados encontrados nessa pesquisa, em que foram entrevistadas 16 mães de crianças menores de seis meses de idade, que estavam em alimentação mista, atendidas em uma UBS no município de Maranguape, estado do Ceará, observou que as mães introduziram precocemente outro tipo de leite na alimentação do filho por avaliarem a fome da criança pelo choro (FROTA et al., 2013).

Nota-se que a ansiedade da família, nas situações de choro intenso das crianças pequenas, faz com que ocorra a introdução precoce de alimentos, especialmente de outro tipo de leite. Ao receber outro tipo de leite, a criança se acalma, cessa o choro e adormece tranquila, o que reforça o sentimento de que o bebê estava chorando porque tinha fome (VARGAS et al., 2016).

Neste estudo, a introdução precoce de outros tipos de leites (fórmulas e leite animal) na dieta infantil teve diversas justificativas, como o mito do “leite fraco” ou insuficiente para sustentar o filho, bebidas lácteas sustentam mais que o leite materno e/ou o leite animal é mais adequado à alimentação das crianças pequenas.

O medo e o receio do filho não estar se satisfazendo com o leite materno e, como consequência, vir a perder peso e adoecer, induz muitos familiares a introduzirem leites artificiais precocemente. Em pesquisa com 31 mães de lactentes atendidas em um Centro de Saúde da Família, para identificar o conhecimento e as práticas em relação à alimentação complementar dos lactentes, mostrou dados semelhantes ao do presente estudo, revelando que o fator que mais causou a introdução precoce de outro tipo de leite foi a justificativa do leite fraco ou falta de leite (SANTOS et al. 2016).

Frota et al. (2013), em estudo com 16 mães de crianças menores de seis meses de idade que estavam em alimentação mista, atendidas em uma UBS, também identificaram a introdução precoce da alimentação complementar é permeada na justificativa da percepção que o leite materno não saciava a fome do filho.

Nesta pesquisa identificou-se que alguns familiares introduziram fórmulas e leite de gado precocemente, devido ao retorno da mãe ao mercado de trabalho ou aos estudos. Os entrevistados acreditam que estas atividades sobrecarregam a mãe, impossibilitando-a de continuar a amamentar pelo pouco tempo disponível para ficar com o filho, havendo a necessidade de oferecer outro tipo de leite para complementar a alimentação da criança (SIQUEIRA; CARVALHO; BARBOSA, 2017).

Em outro estudo realizado com 18 mulheres na ala de pediatria de um hospital público, identificou-se que as entrevistadas introduziram leite artificial de forma precoce devido ao retorno ao trabalho e que as mães desempregadas estavam iniciando a introdução de outro tipo de leite com receio de não perder uma futura oportunidade de emprego. Notou-se, assim, que a volta da mãe ao mercado de trabalho configura-se em uma das principais causas da introdução precoce de outro tipo de leite (SANTOS et al., 2016).

Dessa forma, o leite de vaca tem a composição diferente do leite materno. A elevada quantidade de sais de sódio, cloretos, proteínas, potássio e fósforo e a pouca quantidade de carboidratos, ácidos graxos, vitaminas e minerais podem sobrecarregar o organismo da criança que ainda possui a capacidade gástrica reduzida para digerir este alimento. Além disso, a exposição precoce ao leite de vaca está intimamente relacionada ao desenvolvimento de processos alérgicos alimentares, diabetes mellitus tipo 1 e obesidade, o que torna o leite de vaca um alimento não recomendado às crianças menores de 1 ano de idade (BRASIL, 2015a).

É válido pontuar que as fórmulas infantis têm custo que não corresponde ao padrão financeiro de muitas famílias brasileiras, por isso, elas recorrem à oferta de leite de vaca para crianças, especialmente por seu baixo custo. Entretanto, a introdução do leite de vaca na dieta da criança deve ser a última alternativa, indicada apenas quando forem

esgotadas todas as possibilidades de amamentação e quando as famílias não tiverem condições financeiras de aquisição de fórmulas infantis. Ao introduzir precocemente o leite de vaca na dieta da criança, há necessidade de suplementação de vitaminas, adequação no modo de preparo do leite e adaptação no cardápio da criança de modo que possa suprir as demandas nutricionais que este leite não é capaz de fornecer (BRASIL, 2015a).

Ao completar 6 meses de vida, deve-se introduzir à dieta da criança, de forma lenta e gradual, outros alimentos (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Percebe-se que a introdução da AC para a maioria das crianças deste estudo, não se deu de forma lenta e gradual, como recomendado. Observou-se a oferta de refeições salgadas, excessiva frequência na oferta de alimentos lácteos e pouca frequência de papas de fruta.

Em relação aos horários e frequência das refeições, recomenda-se que a introdução da AC das crianças com 6 meses de idade seja iniciada com três refeições, sendo uma papa salgada no almoço e duas papas de fruta e, a partir dos 7 meses, respeitando-se a evolução das crianças, a segunda papa salgada/comida de panela pode ser introduzida (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

A criança com 12 meses já deve receber, no mínimo, cinco refeições diárias da alimentação da família (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a). Nesta pesquisa, identificou-se a prevalência na oferta de mais de três refeições, oferecidas, de acordo com os horários e hábitos das refeições da família.

Em oposição aos resultados encontrados nesta investigação, um estudo realizado com 43 mães de crianças com idade de 6 a 11 meses e 29 dias, atendidas no ambulatório de pediatria de um hospital universitário, identificou que a AC em 76,3% das crianças foi iniciada de forma lenta e gradual, como recomendado, e que as refeições eram oferecidas quatro vezes ao dia (OLIVEIRA; PARREIRA; SILVA, 2014).

Frota et al. (2013), em estudo com 16 mães de crianças menores de seis meses de idade que estavam em alimentação mista, atendidas em uma UBS, tal como nesta pesquisa, evidenciaram que o cardápio alimentar infantil era baseado no alto consumo de refeições lácteas e que esta prática é muito comum entre as mães.

Os alimentos lácteos, como leite de vaca na forma líquida ou em pó, iogurtes, mingau, achocolatado e as fórmulas infantis, foram os alimentos mais oferecidos e os preferidos dos familiares na dieta da maioria das crianças em todas as faixas etárias, neste estudo. O leite de vaca é um alimento compreendido pela maioria dos entrevistados como adequado para as crianças pequenas. Sugere-se que as propagandas apelativas e disseminadas nos

meios de comunicação podem corroborar para esta compreensão, ao fazer alusão que os alimentos lácteos são saudáveis e adequados na dieta das crianças.

Assim, a AC deve ser espessa desde o início de sua oferta e disponibilizada por meio de colher; iniciada com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentando a consistência, até chegar ao padrão da alimentação da família (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

O hábito de oferecer alimentos liquidificados ou peneirados foi observado entre os participantes desta pesquisa, ao passo que o preparo e oferta de alimentos na consistência pastosa com colher, como recomendado, foi pouco evidenciado.

A preferência por alimentos diluídos está arraigada na crença de que são os mais adequados para as crianças pequenas e que esta consistência facilitará o processo de mastigação e diminuirá o risco de engasgamento. Por conseguinte, a praticidade no preparo e na oferta dos alimentos diluídos pode ser um dos fatores que estimulam a esta prática, também é indiscutível apontar a preferência dos familiares no preparo e oferta de alimentos liquidificados e peneirados (BALDISSERA; ISSLER; GIUGLIANI, 2016).

Outra pesquisa realizada com 340 crianças atendidas em 18 UBS indicou que a prevalência de crianças recebendo alimentação liquidificada (BALDISSERA; ISSLER; GIUGLIANI, 2016). Também outro estudo que comprova essa preferência por alimentos liquidificados foi o de SANTOS et al. (2016), realizado com 31 mães de lactentes atendidas em um Centro de Saúde da Família do município de Fortaleza, estado do Ceará, e revelou a introdução de alimentos liquidificados em 77% (n=24) entre os entrevistados.

Em consonância, na investigação de Conceição e Rodrigues (2015), realizada com 22 mães de crianças participantes das consultas de puericultura de uma UBS, constataram a predominância na forma de preparo e oferta de papinhas batidas no liquidificador e peneiradas. Essas pesquisas justificaram a preferência pelos alimentos liquidificados por inferirem que são os mais adequados, facilitam a deglutição e previnem o engasgo.

A AC deve ser iniciada com o preparo e oferta de alimentos amassados com o garfo, na consistência pastosa e jamais devem ser liquidificados ou peneirados. Gradativamente, deve-se aumentar a consistência até chegar na alimentação da família, desde que preparados sem temperos e alimentos industrializados, com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados ou picados em pedaços pequenos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Os alimentos pastosos possuem maior densidade energética e são imprescindíveis nessa fase em que a criança ingere pouca quantidade de alimentos devido a reduzida capacidade gástrica, e estimulam o desenvolvimento dos músculos da face para o ato da mastigação e deglutição. Logo, os alimentos diluídos fornecem menos aporte calórico e não estimulam a mastigação, sendo contraindicada (BRASIL, 2013; CORREIA; PEREIRA; BRITO, 2013; BRASIL, 2015a).

Neste estudo, também identificou-se o uso de mamadeira para a oferta de líquidos como água, chá, leite de vaca, fórmulas, suco e alimentos liquidificados. Apesar disso,

a prática é desencorajada pela literatura científica, especialmente pelos danos que pode acarretar na dentição da criança, ao risco de infecções quando a mamadeira não é higienizada corretamente, ademais da confusão entre o tipo de bico mais indicado. Esses aspectos favorecem a interrupção da amamentação e a introdução precoce da AC, além de intensificar a formação de gases e cólicas no bebê, pela deglutição de ar no momento do uso (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Achados dos estudos de Santos et al. (2016) e Schincaglia et al. (2015), reforçam os resultados desta pesquisa, ao apontarem a preferência no uso frequente de mamadeiras pelas mães para oferta de líquidos e alimentos liquidificados. Estes resultados demonstram que os familiares não estão instruídos sobre os utensílios adequados à oferta de líquidos aos filhos. Ao invés de utilizar a mamadeira, recomenda-se o uso de copo, colher ou xícaras, para a oferta de alimentos líquidos por serem mais baratos, fáceis de higienizar e estimular a musculatura facial do bebê (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Desse modo, a AC deve ser oferecida com diferentes alimentos, variados ao dia, visando estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a). Todavia, nesta pesquisa constatou a pouca variedade no consumo dos grupos de alimentos recomendados (frutas, cereais, leguminosas, carnes, tubérculos) entre as crianças.

Do modo similar, na investigação de Conceição e Rodrigues (2015), em estudo com 22 mães de crianças participantes das consultas de puericultura em uma UBS, identificaram o consumo de alimentos pouco diversificados na alimentação das crianças.

Logo, resultados divergentes foram encontrados no estudo de Marques et al. (2013), com 320 lactentes de 4 a 12 meses de idade que não estavam em AME em duas Unidades de Saúde na área urbana do município de Belém, estado do Pará, ao revelarem que as frutas eram destaque na alimentação das crianças, sendo o alimento mais incorporado na dieta infantil, assim como os legumes.

Dessarte, a AC deve ser variada para evitar a monotonia alimentar e garantir o suprimento adequado de nutrientes que a criança precisa para o crescimento e desenvolvimento adequados. Portanto, os alimentos como carne e vísceras de boi, peixe e ovos que deveriam ser consumidos desde o início da introdução da AC foram pouco consumidos ou nem faziam parte do cardápio das crianças deste estudo. A pouca variedade de alimentos na dieta da criança pode acarretar problemas como deficiência de vitaminas e micronutrientes, anemia, excesso de peso e desnutrição (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Em relação à dieta da criança, também é importante evitar o consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida e o sal deve ser utilizado com moderação (BRASIL, 2013). De maneira análoga foi verificada a frequência excessiva na oferta de alimentos lácteos em detrimento das refeições recomendadas pela literatura científica. Nesta pesquisa também foi observado elevado consumo de alimentos industrializados e inadequados para as crianças

menores de 2 anos, tais como macarrão instantâneo, biscoitos, bolachas, achocolatado, mingau, café e, principalmente, refrigerantes.

Também Marques et al. (2013), em seu estudo com 320 lactentes de 4 a 12 meses que não estavam em AME, também evidenciaram o elevado consumo de alimentos industrializados como café, bolachas, mingau, biscoitos recheados e que o consumo de refrigerante era superior à ingestão de alimentos como frango e feijão.

Contrariamente, a investigação realizada por Baldissera, Issler e Giugliani (2016) com 340 crianças atendidas em 18 UBS, identificou menor consumo de alimentos considerados não saudáveis, sobretudo, o refrigerante/suco industrializado e comida industrializada, como resultado das influências dos profissionais de saúde nos pais/cuidadores.

À vista disso, os alimentos industrializados produzidos com elevada quantidade de gorduras, corantes, conservantes e açúcar e o seu consumo entre as crianças menores de 2 anos pode estimular a preferência por alimentos não saudáveis, como os açucarados e com alto teor de gordura, e se tornar um fator de predisposição à obesidade e doenças crônicas não transmissíveis na fase adulta. Este resultado infere que os familiares não estão sensibilizados sobre a introdução de alimentos saudáveis na dieta da criança, da mesma forma dos alimentos não recomendados e as possíveis consequências à saúde dos filhos ocasionadas pelo consumo precoce de alimentos não saudáveis (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Nesta pesquisa, em relação aos motivos da escolha dos alimentos oferecidos na alimentação infantil, os considerados mais saudáveis para a criança, mais saborosos e os preferidos dos familiares foram as justificativas mais mencionadas. No entanto, verifica-se distorções nos discursos dos familiares e suas atitudes, possivelmente pelo entendimento equivocado ou deficiente sobre o conceito de alimentos saudáveis e apropriados para as crianças menores de 2 anos.

Conseqüentemente, a condição financeira das famílias também se destacou como motivo para a escolha dos alimentos oferecidos. Em consonância, os fatores socioeconômicos e culturais influenciam os hábitos alimentares de toda a família e são determinantes no processo de aquisição dos alimentos que compõem a dieta (BALDISSERA; ISSLER; GIUGLIANI, 2016).

Em seguida, o elevado consumo de alimentos industrializados nesta pesquisa pode ser devido ao baixo custo no mercado. Estes alimentos são pobres em nutrientes, altamente calóricos, e quando consumidos excessivamente são preditivos da obesidade e de patologias como hipertensão, dislipidemias e anemias, por isso, seu consumo deve ser desestimulado e incentivado o consumo de alimentos saudáveis, valorizando os alimentos regionais, produzidos localmente, pela maior disponibilidade, por serem mais baratos e de fácil aquisição (BALDISSERA; ISSLER; GIUGLIANI, 2016).

Em relação aos meios utilizados pelos entrevistados para obter informações sobre alimentação complementar, embora a maioria tenha relatado que recebeu orientações

de profissionais de saúde, principalmente, do médico e da enfermeira, infere-se que a transmissão das informações não é suficiente ou não é esclarecedora para incentivar a adoção de práticas e comportamentos alimentares saudáveis pelos familiares. Tal como neste e outros estudos (OLIVEIRA; PARREIRA; SILVA, 2014; MAIS et al., 2014; SANTOS et al., 2016), é possível identificar que as famílias receberam orientações sobre AC de profissionais de saúde, elegendo médico e enfermeiro como os principais prestadores dessas orientações.

Contudo, nesta pesquisa constatou-se que muitos profissionais de saúde incentivam à utilização precoce de fórmulas infantis, o que, por sua vez, favorece a interrupção do AM e a introdução precoce da AC.

Este achado vai ao encontro aos dados apresentados por Siqueira, Carvalho e Barbosa (2017), em seu estudo de caráter qualitativo, indicando a introdução precoce de fórmulas infantis pelos profissionais de saúde ainda na maternidade e a continuidade do uso pelas mães após a alta hospitalar, o que demonstra a influência das orientações dos profissionais de saúde nas práticas de alimentação das famílias.

Assim, a orientação dos profissionais de saúde é fundamental no sucesso da AC adequada e oportuna. Logo, as informações devem ser repassadas de forma clara, objetiva, em linguagem apropriada para que os familiares compreendam esse processo e possam refletir sobre as escolhas e suas consequências e coloquem em prática as orientações fornecidas (BROILO et al., 2013; FROTA et al., 2013; CONCEIÇÃO; RODRIGUES, 2015; SCHINCAGLIA et al., 2015).

Em estudo realizado por Baldissera, Issler e Giugliani (2016), com 340 crianças atendidas em 18 UBS, comprovou que as crianças atendidas nesses espaços de saúde, em que os profissionais de saúde participaram da oficina sobre Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), apresentaram influências positivas na melhoria da alimentação infantil que as UBS que não haviam aderido à ENPACS. Estes resultados demonstram a relevância da capacitação profissional e a sua influência na comunidade assistida.

Dessa maneira, a capacitação continuada dos profissionais de saúde é de suma importância na instrumentalização para atualização das informações frente a essa temática e melhoria na qualidade das orientações prestadas à clientela. Por conseguinte, profissionais capacitados em alimentação infantil estão mais preparados para orientar as famílias, de maneira que possam estabelecer a construção de conhecimentos fundamentados no saber científico, esclarecendo dúvidas e desmistificando hábitos e crenças inadequados, baseados em conhecimentos e saberes populares (SIQUEIRA; CARVALHO; BARBOSA, 2017).

Isto posto, os profissionais capacitados conseguem identificar e solucionar problemas decorrentes da alimentação infantil inadequada, visto que a falta de informações ou orientações distorcidas podem comprometer o processo de introdução da alimentação

complementar adequada e oportuna (MARQUES et al., 2013; CORREIA; PEREIRA; BRITO, 2013; SIQUEIRA; CARVALHO; BARBOSA, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu desmistificar o conhecimento das famílias cadastradas em uma UBS do município de Palmas, Tocantins, sobre AC, descrevendo como é realizada a introdução de alimentos na dieta das crianças e identificar os meios utilizados por estas famílias para obter informações sobre essa temática. Também foi possível identificar os hábitos alimentares das famílias e, conseqüentemente, das crianças, o modo de preparo das refeições, a consistência, e quais os utensílios utilizados na oferta dos alimentos às crianças.

Os resultados deste estudo evidenciaram conhecimentos limitados e/ou equivocados dos familiares em relação à AC em diversos aspectos, práticas alimentares infantis inadequadas, prevalência na introdução precoce de alimentos e líquidos na dieta da maioria das crianças, elevado consumo de refeições lácteas e alimentos não saudáveis.

Observou-se que a prática alimentar é permeada pela experiência de vida, pelos saberes populares, crenças, mitos e costumes difundidos entre a população. Tais aspectos podem influenciar negativamente e favorecer a introdução precoce de alimentos à dieta da criança.

Verificou-se ainda, a prática de alguns profissionais de saúde em estimular a introdução precoce de fórmulas infantis, tornando imperativa a adoção de programas de capacitação permanente aos profissionais em todas as esferas da assistência acerca da alimentação infantil.

A introdução de alimentos não recomendados e a monotonia alimentar revelam que algumas crianças podem estar recebendo calorias aquém das suas necessidades diárias e sem receber os nutrientes que necessitam. Isso pode comprometer o seu crescimento e desenvolvimento, além de estimular a formação de hábitos alimentares não saudáveis que deveriam ser incentivados desde o início da introdução da alimentação complementar e que poderão perpetuar ao longo da vida.

Os resultados desta pesquisa revelaram que a maioria das crianças iniciou a introdução da AC de forma inadequada e não oportuna, apontando a necessidade de intervenção, por meio de ações educativas, sobre alimentação infantil pelos profissionais de saúde que atuam na UBS.

Face ao exposto, destaca-se a necessidade no fortalecimento de ações educativas desenvolvidas na Atenção Básica para a promoção, proteção e apoio à prática da AC saudável. Os profissionais de saúde, sobretudo, o enfermeiro, que desde o início da gestação tem contato com a mulher e com a criança, apresenta papel essencial no incentivo às práticas saudáveis e adequadas de alimentação infantil e na construção e

aperfeiçoamento do conhecimento dos familiares. As orientações devem ser repassadas desde o acompanhamento de pré-natal, passando pelo puerpério imediato no alojamento conjunto da maternidade até as consultas de puericultura.

As ações educativas em saúde devem ser desenvolvidas por profissionais capacitados e comprometidos com a promoção de hábitos alimentares saudáveis na infância, adaptando o saber científico ao saber popular, no intuito de fomentar o diálogo e reflexões para que os familiares possam expor seus sentimentos e esclarecer possíveis dúvidas, crenças e mitos que interferem na introdução da AC adequada e oportuna, garantindo assim, o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças.

REFERÊNCIAS

AJETUNMOBI, O. M. et al. Breastfeeding is Associated with Reduced Childhood Hospitalization: evidence from a Scottish birth cohort (1997-2009). 4 ed. **The Journal of Pediatrics**: Elsevier, Scotland, v. 163, n. 3, p. 620-625, mar, 2015.

ALI, W.; AYUD, A.; HUSSAIN, H. Prevalence and Associated Risk Factors of Under Nutrition Among Children Aged 6 to 59 Months in Internally Displaced Persons of Jalozaï Camp, District Nowshera, Khyber Pakhtunkhwa. **Journal of Ayub Medical College Abbottabad**, Pakistan, v. 27, n. 3, p. 556-559, jul-set, 2015.

BALDISSERA, R.; ISSLER, R. M. S.; GIUGLIANI, E. R. J. Efetividade da estratégia nacional para alimentação complementar saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-8, set, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1 ed. Lisboa: 70 edições, 2015. 288 p.

BORTOLINI, G. A.; VITOLO, M. R. Importância das práticas alimentares no primeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1051-1062, nov-dez, 2010.

BRANCO, A. et al. Valor e variações da frequência fundamental no choro de dor de recém-nascidos. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.8, n. 4, p. 529-535, out-dez, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável** - Caderno do tutor. Brasília, 2010. 108 p.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012a. 84 p.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012b. 272 p.

_____. 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**. 2 ed. Brasília, 2013. 72 p.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2 ed. Brasília, 2015a. 184 p.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no sistema único de saúde:** Manual de implementação. Brasília, 2015b. 152 p.

BROILO, M. C. et al. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações e profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 485-491, 2013.

CAMPOS, A. M. S. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 283-290, mar-abr, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0141.2553.

CONCEIÇÃO, D. R.; RODRIGUES, A. M. Percepções maternas sobre alimentação no primeiro ano de vida. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v. 8, n. 1, p. 118-130, jun, 2015.

CORREIA, P. P.; PEREIRA, S. M. P. D.; BRITO, L. A. M. H. Alimentação de transição infantil: conhecer para educar. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 85-93, mai-ago, 2013.

CRUZ, L. M. G. et al. Factors associated with stunting among children aged 0 to 59 months from the central region of Mozambique. **Nutrients**, Switzerland, SWI, v. 9, n. 5, 2017. DOI: 10.3390/nu9050491.

DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1275-1287, 2014.

FROTA, M. A. et al. Conhecimento de mães acerca do aleitamento materno e complementação alimentar: pesquisa exploratória, **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 1, p. 120-134, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.2013v12n1>.

GIESTA et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018247.24162017

GUPTA, P. M. et al. Monitoring the world Health organization global target 2025 for exclusive breastfeeding: experience from the united states. **Journal of Human Lactation**, North Carolina, USA, p. 1-4, 2017. DOI: 10.1177/0890334417693210.

LIMA, A. P. E. et al. Práticas alimentares nos primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 965-971, nov-dez, 2014.

MACHADO, A. K. F. et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um hospital-escola do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1983-1998, 2014.

MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014.

MARCON, A. C. C.; VIEIRA, M. C.; MORAIS, M. B. Conhecimento do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 187-192, 2014. DOI: 10.1590/0103-0582201432218713.

MARQUES, R. F. S. V. et al. Práticas inadequadas de alimentação complementar em lactentes, residentes em Belém-PA. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 27, n. 1, p. 49-54, jul-set, 2013.

MIRANDA, J. M. Q. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 104-107, mar-abr, 2015.

Moraes Filho I. M. de; Frasca L. L. de M.; Almeida L. S. de; Proença M. F. R.; Silva R. M. da; Santos O. P. dos; Félis K. C.; Barbosa E. H. C. Oferta de gêneros alimentícios provenientes da agricultura familiar em escolas municipais de Goiânia - GO. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 9, p. e390, 1 maio 2019.

OLIVEIRA, B. B.; PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivência e práticas de mães. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 3, n. 1, p. 2-13, 2014.

PASSOS, D. R. et al. Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 42-43, 2015.

SANTOS, A. T. et al. Conhecimento e práticas maternas em relação à alimentação complementar. **Revista Digital Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, año 20, n. 213, p. 1-8, fev, 2016. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd213/praticas-maternas-a-alimentacao-complementar.htm>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

SANTOS, CJ et al. Introdução de frutas e verduras na alimentação complementar de lactentes em Montes Claros, Minas Gerais. **ALAN**, Caracas, v. 70, N. 1, p. 1-7, 2020.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, jul-set, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000300012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UWAEZUOK, S. N.; ENEH, C.; NDU, I. K. Relationship between exclusive breastfeeding and lower risk of childhood obesity: a narrative review of published evidence. **Clinical Medicine Insights: Pediatrics**, Thousand Oaks, USA, 2017. DOI: 10.1177/1179556517690196.

VARGAS, P. B. et al. Experiências de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 335-343, jan-mar, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.12011>.

VITOLLO, M. R. et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1695-1707, ago, 2014.

WHO. **Global nutrition targets 2025**: policy brief series. (WHO/NMH/NHD/ 14.2). Geneva: World Health Organization, 2014.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ácido Hialurônico 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133

AIDS 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Aleitamento Materno 17, 18, 19, 23, 24, 29, 42

Alimentação Complementar 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43

Atenção Primária à Saúde 21, 90, 91, 160, 161, 162, 168

Autocuidado 72, 73, 74, 78, 79

C

Câncer 1, 2, 3

Câncer Colorretal 1, 2, 3

Câncer de Cólon Direito 1, 2, 3

Comunidade Quilombola 72, 74, 75, 78

Curcumin 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101

Curso de Medicina 102, 179, 181, 182, 189, 225

D

Depressão 176, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

E

Educação Alimentar e Nutricional 66, 71

Educação em Saúde 17, 66, 72, 74, 79, 87, 209

Educação Física 81, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 200

Epidemiologia 1, 3, 4, 14, 43, 70, 198, 213, 224, 225, 232

Estagio Curricular Supervisionado 114

Estomatite Protética 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

F

Farmácia Cosmetológica 127, 129, 132

Fibromialgia 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

G

Gestão em Saúde 45, 47, 48, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57

Glicemia 59, 61, 64

H

Histologia 102, 103, 104, 105, 106, 107, 112, 113

HIV 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 126

I

Interprofissionalidade 81, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 179, 180, 181, 187

M

Mortalidade em Idosos 216, 217, 219, 220, 224

Mortalidade Materna 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233

O

Ouvido Interno 59, 60, 62, 63, 64, 65

P

Parto 77, 216, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232

Pneumonia 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211

Prótese Total 118, 120, 122, 124, 125, 126

Puerpério 33, 41, 166, 216, 225, 226, 227, 228, 231

Q

Qualidade de Vida 47, 69, 119, 124, 135, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 192, 194, 196, 197, 212, 214, 222

R

Rede Pública de Ensino 66, 68

Reparo Periodontal 92, 94

S

Saúde Bucal 119, 124, 148, 149, 150, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 171, 176, 178

Saúde Coletiva 4, 14, 15, 42, 57, 71, 75, 79, 158, 159, 164, 167, 168, 179, 185, 187, 212, 223, 231

T

Transtornos Alimentares 169, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178

U

Unidade Básica de Saúde 16, 17, 19, 20, 22, 23, 168, 231

Unidade de Terapia Intensiva 210

V

Ventilação Mecânica 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br