



Introdução alimentar: fatores que implicam na contribuição ou prejuízo para alimentação saudável

Food introduction: factors that imply the contribution or harm to healthy eating

Introducción a la alimentación: factores que contribuyen o restan a una alimentación saludable

Bruna Oliveira Ungaratti Garzão¹, Graciela Dutra Sehnem², Raquel Einloft Kleinubing², Tainara Giovana Chaves de Vargas¹, Giovana Batistella de Mello², Denise Comin Silva Almeida², Carolina Heleonora Pilger², Gabriela Colombi de Lima², Silvana Bastos Cogo², Liane Bahú Machado².

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores que contribuem ou prejudicam a introdução alimentar (IA) em crianças entre 6 meses e 3 anos de idade. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa e descritiva, realizada através de entrevista semiestruturada com familiares de crianças de 6 meses a 3 anos de idade internadas em Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Participaram 15 familiares, com idades entre 20 e 41 anos. Os discursos evidenciaram as repercussões que os profissionais da saúde exercem no processo de IA, positiva ou negativamente, bem como as influências do histórico de saúde das crianças, além da oferta de alimentos inadequados durante a IA devido a mitos ou preferências pessoais. A IA é um processo de construção a longo prazo, sendo necessário respeitar o desenvolvimento da criança e seus sinais de prontidão e saciedade. Estes são fatores importantes e quando associados a hábitos saudáveis produzem experiências alimentares exitosas. **Conclusão:** A IA é permeada por múltiplos fatores que contribuem ou prejudicam esse processo. Os profissionais de saúde que assistem às crianças em IA devem estar em constante atualização e atuar com base em informações científicas.

Palavras-chave: Nutrição da Criança, Aleitamento Materno, Alimentação complementar, Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Objective: To identify factors that contribute or hinder food introduction (FI) in children between 6 months and 3 years old. **Methods:** Study with a qualitative and descriptive approach, realized through semi-structured interviews with family members of children between 6 months and 3 years of age admitted to a Pediatric Unit of a University Hospital in southern Brazil. The interview data were submitted to Bardin's content analysis. **Results:** 15 family members, aged between 20 and 41, participated. The speeches showed the repercussions that health professionals have on the AI process, positively or negatively, as well as the influences of the children's health history, in addition to the provision of inappropriate food during FI due to myths or personal preferences. FI is a long-term construction process, and it is necessary to respect the child's development and

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões - RS.

² Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS.

its signs of readiness and satiety. These are important factors and when associated with healthy habits produce successful eating experiences. **Conclusion:** FI is permeated by multiple factors that contribute or hinder this process. Health professionals who assist children with AI must be constantly updated and act based on scientific information.

Keywords: Child Nutrition, Breast Feeding, Complementary Feeding, Child Development.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que contribuyen o dificultan la introducción de alimentos (IF) en niños de 6 meses a 3 años. **Métodos:** Estudio con enfoque cualitativo y descriptivo, realizado a través de entrevistas semiestructuradas con familiares de niños entre 6 meses y 3 años ingresados en una Unidad de Internación Pediátrica de un Hospital Universitario del sur de Brasil. Los datos de la entrevista fueron sometidos al análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Participaron 15 familiares, con edades entre 20 y 41 años. Los discursos mostraron las repercusiones que los profesionales de la salud tienen en el proceso de IA, de forma positiva o negativa, así como las influencias de la historia de salud de los niños, además de la provisión de alimentos inadecuados durante la IA por mitos o preferencias personales. La IA es un proceso de construcción a largo plazo, y es necesario respetar el desarrollo del niño y sus signos de preparación y saciedad. Estos son factores importantes y cuando se asocian con hábitos saludables producen experiencias de alimentación exitosas. **Conclusión:** La IA está permeada por múltiples factores que contribuyen o dificultan este proceso. Los profesionales de la salud que atienden a niños con IA deben estar constantemente actualizados y actuar con base en información científica.

Palabras clave: Nutrición del Niño, Lactancia Materna, Alimentación Complementaria, Desarrollo Infantil.

INTRODUÇÃO

O cuidado com a alimentação é um processo contínuo que precisa ser iniciado desde a vida intrauterina. O período de mil dias de vida, que abrange desde a concepção e segue até os dois anos de idade, é uma janela de oportunidades para a promoção da saúde dos indivíduos. Nesse período, ocorre um intenso crescimento cerebral e tecidual, além da formação dos hábitos que serão adotados ao longo da vida (SOUZA JPO, et al., 2020).

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida, associado à alimentação complementar introduzida no tempo apropriado, estão diretamente ligados aos aspectos de saúde e nutricionais durante a infância e no futuro. Quando o manuseio da alimentação complementar ocorre de maneira inadequada ou precoce, pode trazer inúmeros prejuízos para a saúde da criança (SOUZA BS, et al., 2021).

A Introdução Alimentar (IA) tem início aos seis meses de vida da criança, período em que alimentos sólidos e líquidos são ofertados de forma gradual e com diferentes apresentações para o desenvolvimento satisfatório dos hábitos alimentares. Sabe-se que cada faixa etária tem suas especificidades e limitações e, portanto, alguns alimentos são considerados inapropriados até os dois anos de idade, principalmente os ultraprocessados (SILVA PCS, et al., 2022).

O Brasil desenvolveu políticas públicas que apoiam o aleitamento materno e alimentação complementar saudável, dando ênfase ao Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos (BRASIL, 2019).

O documento resultou de discussões entre profissionais de saúde, entidades governamentais e sociedade civil, com o intuito de reunir conhecimentos a respeito da alimentação adequada da criança nos seus primeiros dois anos (BRASIL, 2019).

Contudo, a IA é desafiadora nos dias de hoje, sendo inúmeros os determinantes que interferem neste processo. Dentre estes, o principal desafio é o nível socioeconômico familiar, pois a renda está diretamente relacionada ao acesso a alimentos seguros e de qualidade (DALLAZEN C, et al., 2018).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) sobre os orçamentos familiares apontou para um consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio, açúcares, gorduras e pobres em vitaminas, fibras e minerais pela população brasileira. Consequentemente, a criança também está exposta a tais padrões, acentuando a preocupação com a introdução alimentar e suas consequências para a saúde. Jaime PC, et al. (2017) exemplificam essa relação, mostrando forte influência do consumo de bebidas açucaradas por adultos, em crianças menores de dois anos.

Nesta perspectiva, a alimentação complementar saudável é importante para o desenvolvimento e crescimento da criança, o que evidencia a necessidade de que os profissionais de saúde reconheçam quais determinantes são responsáveis pelas escolhas feitas neste período, para que realizem orientações adequadas e eficazes a fim de atuar nas fragilidades existentes (GENIO CA, et al., 2020).

Deste modo, o presente artigo objetivou identificar fatores que contribuem ou prejudicam a aceitação da IA em crianças entre 6 meses e 3 anos de idade.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa e descritiva, realizada em um hospital universitário de grande porte e alta densidade tecnológica, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados ocorreu na Unidade de Internação Pediátrica, a qual dispõe de 24 leitos, onde recebem pacientes de toda a região, oferecendo serviços de média e alta complexidade. A seleção dos participantes se deu por meio dos prontuários dos pacientes internados.

Participaram do estudo 15 familiares de crianças com idades entre 7 meses e 2 anos e 11 meses de idade. Os critérios de inclusão adotados foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; e ser familiar de criança entre 6 meses e 3 anos de idade que estivesse em internação hospitalar no momento da coleta de dados.

Os critérios de exclusão foram: não ter acompanhado o processo de IA da criança para fornecer as informações pertinentes ao estudo; e ser familiar de criança que recebesse terapia nutricional via sondas enterais, gastrostomia e/ou alimentação parenteral.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, dividida em duas etapas: a primeira contendo questões de caracterização sociodemográficas e a segunda direcionada à amamentação e à rotina da IA. As entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, realizada dupla transcrição em documento Microsoft® Word.

Após o processo de transcrição, o material foi submetido à Análise de Conteúdo proposto por Bardin L (2016), o qual se divide em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Na primeira etapa foi realizada uma leitura flutuante do material e elaboração de hipóteses. Na segunda etapa, o material foi explorado, os termos semelhantes foram codificados em unidades de registro que deram origem às categorias temáticas. Na última etapa, ocorreu a busca pela significação das mensagens, fase em que se utilizou da intuição e análise crítica e reflexiva das autoras para interpretar os resultados obtidos.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos previstos nas Resoluções 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de identificação do CAAE de 36765920.7.0000.5346 e número do parecer 4.286.294.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi redigido e assinado em duas vias, uma ficando com o participante e a outra sob responsabilidade das autoras. A fim de manter o sigilo e anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra “P” de participantes, seguido por algarismos arábicos correspondendo a ordem das falas: P1, P2... P15.

RESULTADOS

Dos 15 participantes do estudo, 14 foram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 20 e 41 anos. Em relação à escolaridade, doze foram classificados como baixa, havendo somente três participantes com ensino superior completo. A maior parte dos indivíduos relataram não ter qualquer vínculo empregatício e a faixa de renda familiar mais referida foi de um a três salários-mínimos. No que diz respeito à gestação, a maior parte não foi planejada e oito delas foram de alto risco. Com relação às crianças, sete eram meninos e oito meninas, com idades entre sete meses e dois anos e onze meses.

Seis delas nasceram de partos prematuros. Oito das crianças apresentavam alguma patologia crônica, enquanto as demais estavam internadas por condições agudas. A partir das falas dos entrevistados foram estabelecidas três categorias temáticas: Repercussões dos profissionais de saúde na IA; Influência da história clínica da criança na IA; e Particularidades da infância.

Repercussões dos profissionais de saúde na IA:

As falas dos familiares demonstram que o acompanhamento e as orientações de profissionais da saúde foram fatores significativos na IA, evidenciando também a importância da atenção multiprofissional nesse processo. Na maioria dos casos, essa influência foi positiva, tanto no período de início da IA quanto no seu seguimento.

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

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

Contudo, houve falas que trouxeram informações equivocadas transmitidas pelos profissionais da saúde referentes ao momento em que a IA deveria ocorrer, o que ressalta o despreparo e falta de conhecimentos atualizados sobre a temática:

“Ele começou a comer fruta e essas coisas, foi com cinco meses. A enfermeira mandou por causa que, como eu conciliava tanto a mamadeira quanto o peito, ela disse: vamos começar com cinco meses para nós vermos.” (P9)

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

A falta de preparo de alguns profissionais fica ainda mais evidente quando estes têm falas equivocadas ou, ainda, que suas condutas representem riscos para a saúde dessas crianças.

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

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

Em algumas situações, foi possível identificar as dificuldades sentidas pelos pais quando não houve acompanhamento profissional durante a IA.

“Eu gostaria de ter tido acompanhamento desde o início com o pediatra, até porque ela perdeu peso. Acho que ela não teria perdido tanto peso se nós tivéssemos procurado antes” (P4)

Diante dos discursos dos familiares, fica claro que a atuação dos profissionais de saúde no processo de IA pode ter repercussões positivas ou negativas, dependendo do acesso a esses profissionais em tempo oportuno, bem como do preparo e conhecimentos atualizados sobre o tema em discussão.

Influência da história clínica da criança na IA

Nas falas, destaca-se que a história clínica prévia da criança exerceu grande influência na alimentação e nas decisões que foram tomadas. Um ponto importante foi referente ao desmame precoce, ocorrido entre aquelas crianças que permaneceram algum tempo internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neonatal), embora as mães tivessem interesse em amamentar.

“Mamou muito pouco. Não aceitou. Eu acho que foram uns três meses, se eu não me engano. Bem difícil assim. Mas não porque não tinha, porque como elas foram pra Neonatal, elas já se acostumaram com mamadeira” (P3)

“Ela foi amamentada até uns 20 dias. Ela ficou na UTI [Neonatal], daí eu não consegui. Depois, ela não queria mais. Desde aqui eles começaram a dar essa fórmula e foi para casa tomando a fórmula e seguiu.” (P13)

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

Dentre as crianças com alguma doença prévia ou crônica, foi possível perceber que as mães possuíam certo receio de iniciar a IA, recorrendo aos profissionais de saúde para que fossem orientadas e pudessem ofertar os alimentos com segurança.

“Ela [irmã] começou a comer um pouquinho antes de 6 meses. [...] Só que ele eu esperei o médico, porque ele tem um monte de problema. Então eu pensei: vou esperar, ele tem esse monte de problema, vai que dá alguma coisa e eu vou me culpar depois.” (P1)

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

Em outra entrevista, identificou-se que a condição clínica da criança acabou por induzir à introdução precoce de açúcares e doces, por se tratar de um caso de hipoglicemia cetótica. No entanto, torna-se perceptível a falta de orientação desse familiar sobre a oferta de alimentos mais saudáveis.

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

Nessa categoria pode-se compreender que o histórico de saúde dessas crianças é um fator determinante na IA, principalmente naquelas crianças que possuem alguma condição crônica de saúde e necessitam de uma dieta que atenda às suas especificidades.

Particularidades da infância

Observa-se que existe uma preocupação com questões relativas à infância e aos aprendizados intrínsecos a esse momento por parte dos familiares. As falas denotam estímulo a autonomia dessas crianças durante as refeições, respeitando suas condições de desenvolvimento.

“Ele não come sozinho ainda. Às vezes, ele segura a colherzinha com a mão, mas eu ajudo ele. Ele até segura a colher. Tem mães que não gostam que se suje.” (P1)

“Agora, eu comecei a colocar no pratinho separado para ele começar a ir comendo sozinho, do jeito dele. Às vezes, ele pega com a mão, às vezes ele pega a colher. Às vezes, ele quer comer comigo, daí eu vou intercalando um pouco, até pela coordenação motora dele, para ele ir treinando assim, sozinho. Mas eu deixo uma roupinha bem velha e deixo que vá comendo. Eu coloco eles na mesinha e deixo que comam. [...]” (P6)

“Eu comecei a dar em pedaço agora, já estou quase dando inteiro os pedaços. Tipo o grão mesmo, está quase inteiro. Eu quero ver se até um ano já está inteira a alimentação dele. Um ano já tem dente. [...]” (P12)

Alguns familiares tendem a considerar as preferências individuais da criança, independente da qualidade e da quantidade dos alimentos ofertados. Além disso, alguns alimentos não são oferecidos pelo receio de que a criança não goste.

“Tem que dar com bastante caldo as coisas, para misturar. Se não, ele não come. Arroz até ele come, só que tem que dar uma “espremidinha”. Até ele come, se tiver o caldo de feijão novinho, aí tu consegue tocar tranquilo nele. Salada ele não come. Mas é aquela coisa dele, é a boa vontade dele, é ele querer. Ele se manda [...]” (P2)

“Presunto então, ela adora presunto. [...] presunto, mortadela, salsicha, essas coisas, ela come bem. [...] ela puxou mais para mim, que eu não gosto muito de doce. Mas é para um salgado mesmo. Se tu der um risoles para ela, um pastelzinho, ela gosta.” (P5)

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

Observa-se que existem diversos mitos no processo de IA, principalmente em relação à textura e sabor dos alimentos. Alguns alimentos, geralmente, são considerados “comida de criança”, mesmo que não representem uma opção saudável.

“Quando ele não quer a mamadeira, eu digo: vou fazer um ovinho com a gema mole. Então, ele come praticamente dois ovos, com a gema molezinha.” (P2)

“Umás 10:30h, elas recebem um lanche. Às vezes, é uma sopinha de bolacha ou uma banana. Às vezes, elas não querem mamar, aí é uma papinha, bolacha maisena, essas bolachas mais de criança, elas comem.” (P3)

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

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

Percebe-se que os familiares incentivam a autonomia das crianças durante a IA. Todavia, são ofertados muitos alimentos nutricionalmente inadequados, seja pelo mito de que é “comida de criança” ou ainda, pelas preferências das crianças.

Portanto, percebe-se que durante a IA, o acompanhamento profissional - ou a falta - dele pode repercutir nesse processo e, diante disso, esses profissionais devem estar preparados para fornecer informações adequadas aos familiares.

O histórico de saúde também é um fator determinante, seja no processo de desmame precoce, introdução de alimentos inadequados ou até mesmo na insegurança da família para oferecer determinados alimentos. Por fim, é evidente que os familiares oferecem alimentos que não são considerados saudáveis para as crianças.

DISCUSSÃO

As orientações realizadas por profissionais da saúde são geralmente fatores positivos na proteção do AME e da IA adequada (TAVEIRO EAN, et al., 2020). Corroborando com os achados desta pesquisa, em um estudo realizado em Fortaleza com 60 mães de crianças entre cinco meses e três anos de idade, houve uma relação assertiva entre o acompanhamento profissional e a qualidade de alimentação das crianças, bem como uma melhor compreensão, por parte das mães, sobre os riscos que os alimentos ultraprocessados representam. Este dado pode justificar o fato de que mães de crianças que possuíam algum diagnóstico prévio, recebem acompanhamento profissional regular e, possivelmente, estariam mais informadas sobre a alimentação correta da criança (SOMBRA VP, et al., 2017).

Assim, entende-se que o acompanhamento multiprofissional de crianças e suas famílias deve ser mediado por recursos lúdicos e metodologias ativas em suas intervenções de educação em saúde, para promover a autonomia e os hábitos alimentares saudáveis para toda a família (COELHO IBB, et al., 2022). Porém, em determinados depoimentos, os profissionais podem ser fonte de informações retrógradas, baseadas em mitos ou conhecimentos populares infundados, o que faz repensar sobre ações de educação permanente e atualizações para estes, a fim de oferecer informações individualizadas e acessíveis, com embasamento técnico e científico (OLIVEIRA CL, et al., 2020).

Nesta perspectiva, muitas vezes, as orientações realizadas por profissionais de saúde são substituídas pela rede de apoio informal, com o compartilhamento de informações entre familiares e por meio da internet. Tal fato pode contribuir com o aconselhamento inadequado que prejudica a prática tanto do aleitamento quanto da alimentação saudável (HIRANO AR, et al., 2021).

Outro ponto observado foi referente às condições clínicas das crianças, as quais emergiram nos discursos dos pais como um dos motivos para o desmame precoce. Desta forma, as internações em UTI-Neonatal podem, por vezes, distanciar a mãe e o bebê, influenciando no vínculo da díade e, conseqüentemente, na amamentação, além, da perda da autonomia da mulher nos cuidados que acentuam a sua insegurança (OLIVEIRA MP, et al., 2021). Desse modo, cabe aos profissionais de saúde atuantes nestas unidades, estimular o aleitamento materno, bem como auxiliar diretamente na prática deste, oferecendo segurança e acolhimento às famílias (ALBUQUERQUE JVS, et al., 2021).

Cabe destacar também que há uma oferta frequente de alimentos considerados específicos da infância, seja por características infantis específicas ou pela ideia de recompensa. Estudo evidenciou uma alta prevalência de consumo de alimentos industrializados e ricos em açúcar como gelatinas, balas, chocolates e queijos *petit suisse* no cotidiano de 1.567 crianças entre 12 e 59 meses (DALLAZEN C, et al., 2018) Salienta-se a importância do compartilhamento de refeição no ambiente familiar, no qual os pais necessitam adotar hábitos saudáveis, pois protegem a criança de uma exposição à hábitos alimentares inadequados. A refeição em casa deve estimular um consumo maior de frutas, verduras e legumes e menor oferta de bebidas açucaradas, doces e alimentos ricos em sódio (OLIVEIRA AM e OLIVEIRA DSS, 2019).

Pensando nisso, é importante destacar que a IA tem importante potencial de desenvolvimento social e cognitivo para a criança. Contudo, há ainda um forte receio por parte da família e até de profissionais de saúde no que tange ao aconselhamento sobre as formas de IA. As principais inquietações estão relacionadas aos riscos de engasgo e a baixa oferta nutricional.

Apesar disso, considera-se que tanto o método tradicional, no qual os alimentos são esmagados de forma homogênea, quanto o Baby-led Weaning (BLW), que busca uma participação mais ativa do bebê e tende a ofertar alimentos inteiros em cortes específicos, oferecem riscos similares, devendo, portanto, sempre ser monitorado pelos pais a fim de garantir segurança e tranquilidade (REIS MAS, et al., 2022).

Diante desses achados compreende-se que seja importante a educação permanente de profissionais da saúde e frequentes atualizações na temática. Quanto à limitação da pesquisa, não foi possível investigar a IA em idades inferiores aos seis meses, visto ser esta uma realidade que ocorre em muitos casos. Diante disso, recomenda-se novos estudos que possam ampliar o público-alvo e favorecer a compreensão desses fatores.

CONCLUSÃO

As evidências apontadas pelo estudo indicam que existe, ainda, a disseminação de orientações errôneas e desatualizadas com relação ao aleitamento materno e introdução alimentar. Desse modo, faz-se necessário que os profissionais da saúde que prestam assistência às crianças estejam preparados e em constante atualização a fim de orientar corretamente às famílias, visando um desenvolvimento saudável dessas crianças. Além disso, acredita-se na importância da educação permanente e continuada nos serviços de saúde voltadas à IA. Por fim, recomenda-se novos estudos referentes às práticas dos profissionais de saúde, aos mitos e verdades acerca da alimentação da criança e os malefícios das condutas inadequadas.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE JVS, et al. O papel do enfermeiro na prevenção do desmame precoce do aleitamento materno: uma revisão. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(8): 80682-96.
2. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016; 279p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em: 06 de maio de 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acessado em: 06 de maio de 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 2019. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acessado em: 06 de maio de 2023.
6. COELHO IBB, et al. A Avaliação do consumo alimentar de crianças menores de dois anos no município de Palmas – TO. *Revista Cereus*, 2022;14(2): 61-71.
7. DALLAZEN C, et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(2): e00202816.
8. GENIO CA, et al. Introdução da Alimentação Complementar no Brasil. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 2020; 2(1): 65-79.
9. HIRANO AR, et al. Amamentação e alimentação complementar: experiências de mães e profissionais de saúde em região de fronteira. *Enfermagem em Foco*, 2021;12(6): 1132-8.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101704>. Acessado em 24 de abril de 2023.
11. JAIME PC, et al. Family influence on the consumption of sugary drinks by children under two years old. *Rev. Saúde Pública*, 2017; 51(1): 1-10.
12. OLIVEIRA AM, OLIVEIRA DSS. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância–revisão da literatura. *Revista Eletrônica da Estácio Recife*, 2019; 5(2): 1-12.
13. OLIVEIRA CL, et al. Percepções e saberes da equipe de saúde e de familiares de crianças menores de dois anos sobre a atenção em saúde bucal infantil na Atenção Primária à Saúde. *Tempus- Actas De Saúde Coletiva*, 2020; 13(3): 61-77.
14. OLIVEIRA MP, et al. Fatores que dificultam a alimentação dos animais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Research, Society and Development*, 2021; 10(8): e39010817190.
15. REIS MAS, et al. Formação de hábitos alimentares na primeira infância: método Baby-Led Weaning (BLW). *Research, Society and Development*, 2022; 11(13): e204111335415.
16. SILVA PCS, et al. A importância da nutrição nos primeiros mil dias de vida. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2022; 8(5): 2541–2551.
17. SOMBRA VP, et al. Alimentação complementar e ingestão de alimentos industrializados em crianças menores de três anos. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2017; 5(3): 45-51.
18. SOUZA BS, et al. Alimentação complementar e obesidade infantil. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 2021; 3(2): 1-15.
19. SOUZA JPO, et al. Caracterização da alimentação de crianças menores de 24 meses em unidades da estratégia saúde da família. *Revista Paulista de Pediatria*, 2020; 38: e2019027.
20. TAVEIRO EAN, et al. Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo em Bebês de 0 a 6 Meses Nascidos em um Hospital e Maternidade do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2020; 24(1): 71-82.