

 Bruna dos Santos Nunes <sup>1</sup>  
 Muriel Bauermann Gubert <sup>1</sup>  
 Gisele Ane Bortolini <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ciências da Saúde,  
Departamento de Saúde Coletiva.  
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>2</sup> Ministério da Saúde,  
Coordenação Geral de  
Alimentação e Nutrição,  
Departamento de Atenção  
Básica. Brasília, DF, Brasil.

#### Correspondência

Bruna dos Santos Nunes  
[dsnbruna@gmail.com](mailto:dsnbruna@gmail.com)

Este artigo é oriundo da dissertação “Amamentação e alimentação complementar: avaliando o conhecimento de profissionais de saúde no Brasil”, de Bruna dos Santos Nunes, Universidade de Brasília, 2018.

## As recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar são conhecidas pelos profissionais de saúde brasileiros?

*Are the official recommendations about breastfeeding and complementary feeding familiar to Brazilian health professionals?*

#### Resumo

*Objetivo:* Identificar os conhecimentos consolidados entre profissionais de saúde no Brasil sobre aleitamento materno e alimentação complementar e as omissões e divergências a respeito desta temática nos materiais institucionais disponíveis. *Métodos:* Estudo descritivo e transversal de abrangência nacional, com aplicação de questionário *online* para 316 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e nutricionistas), recrutados por meio da metodologia de bola de neve. Foram apresentados 89 itens, para os quais o profissional expressava seu grau de concordância em escala Likert de cinco pontos. Os conteúdos incluídos no questionário foram retirados de artigos científicos e materiais institucionais e, também, sugeridos por especialistas na temática. Para análise dos dados, foi calculada a pontuação média para cada item e foram consideradas lacunas de conhecimento os itens com pontuações entre 2,5 e 3,5. Foram considerados consensos os itens com pelo menos 80% de respostas com discordância (1) ou concordância (5) total. *Resultados:* Dos 89 itens estudados, a maioria referia-se a lacunas de conhecimentos. As principais lacunas identificadas foram: oferta de grupos alimentares e/ou nutrientes específicos, higienização de frutas e hortaliças, suplementação de micronutrientes, amamentação cruzada, aleitamento materno noturno, oferta de sucos naturais, introdução

alimentar precoce. Em relação aos consensos, grande parte versava sobre a segurança biológica e a adequação nutricional das preparações. *Conclusão:* É preciso revisar as diretrizes hoje disponíveis com atenção especial às temáticas omissas e aquelas ainda consideradas lacunas de conhecimento, para o aprimoramento nos processos de formação e educação em saúde e consequente melhoria das orientações fornecidas pelos profissionais à comunidade.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Conhecimento. Nutrição da criança. Pessoal de saúde. Promoção da saúde.

### **Abstract**

*Objective:* This study identifies the consolidated knowledge among healthcare professionals in Brazil about breastfeeding and complementary feeding along with the omissions and divergences about this theme in the available institutional materials. *Methods:* This descriptive and cross-sectional study was conducted nationwide using an online questionnaire with 316 health professionals (nurses, doctors, and nutritionists) recruited through the snowball sampling method. Each professional answered 89 questions expressing their degree of agreement on a five-point Likert scale. The contents included in the questionnaire were from scientific articles and institutional materials as well as suggested by experts in the subject. For data analysis, the average score for each item was calculated and items with scores between 2.5 and 3.5 were considered knowledge gaps. Consensus items were when at least 80% of responses totally disagreed (1) or agreed (5). *Results:* Most of the 89 items studied referred to knowledge gaps. The main gaps identified were offering specific food and/or nutrient groups, fruit and vegetable hygiene, micronutrient supplementation, cross-nursing, breastfeeding at night, offering natural juices, and early introduction of food. The consensus was mostly about the biological safety and nutritional adequacy of preparations. *Conclusion:* The guidelines available today must be reviewed with special attention paid to the missing themes and those with knowledge gaps, to improve training and education about health and consequently improve the guidance provided by professionals to the community.

**Keywords:** Breastfeeding. Knowledge. Children's nutrition. Healthcare Personnel. Health promotion.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se da importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e da alimentação complementar (AC) oportuna e adequada, com manutenção do aleitamento materno (AM), até os dois anos de idade ou mais.<sup>1</sup> A privação da amamentação tem repercussões na saúde, nutrição e desenvolvimento infantil, já que o leite materno humano não é apenas o alimento mais perfeitamente adaptado para os bebês, mas também o medicamento personalizado mais específico que a criança receberá.<sup>2</sup>

Nos últimos 30 anos, as prevalências de AM e AME no Brasil apresentaram tendência ascendente até 2006, com relativa estabilização após esse período.<sup>3</sup> Pesquisas apontam elevada frequência no consumo de outros leites que não o materno em idades muito precoces, sendo o leite de vaca o mais consumido.<sup>4</sup> De acordo com último inquérito nacional, 50,6% das crianças menores de 12 meses estavam sendo amamentadas de forma complementar.<sup>5</sup>

A AC deve ser iniciada aos seis meses de idade e, se feita precocemente, pode ser prejudicial à saúde infantil.<sup>6</sup> No Brasil apenas 63% das crianças entre seis e 12 meses consomem frutas e hortaliças diariamente.<sup>7</sup> Em relação à qualidade da dieta, 47% das crianças brasileiras de até 12 meses apresentam práticas alimentares inadequadas e 80% possuem baixa diversidade no consumo alimentar.<sup>8</sup> Segundo dados do último inquérito nacional, o consumo de refrigerantes ou suco artificial foi referido para 32,3% e de biscoitos, bolacha ou bolo para 60,8% das crianças brasileiras menores de dois anos.<sup>5</sup>

Diante deste quadro, é evidente a necessidade de fortalecimento e investimento em políticas públicas de incentivo, promoção e proteção da amamentação e da alimentação complementar saudável.<sup>9</sup> Neste contexto estão os guias alimentares, especialmente aqueles focados no público infantil,<sup>10</sup> que traduzem o conhecimento científico em orientações simplificadas para a população.<sup>11,12</sup> Os guias são diretrizes oficiais que orientam os profissionais de saúde na promoção da amamentação e da AC adequada.

No Brasil, o primeiro guia alimentar para crianças foi publicado em 2002<sup>13</sup> e resumido no “Dez Passos para Alimentação Saudável de Crianças Brasileiras Menores de dois anos”, que foi atualizado em 2010.<sup>14</sup> As orientações contidas no guia já foram avaliadas e, quando implementadas, têm potencial de melhorar as prevalências de AME e a qualidade da AC de crianças pequenas.<sup>15,16</sup>

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo, com base nas recomendações oficiais sobre AM e AC vigentes, identificar conhecimentos consolidados e lacunas entre profissionais de saúde no Brasil, bem como omissões e divergências nos materiais institucionais disponíveis.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e transversal, com abordagem quali-quantitativa e de abrangência nacional. Para a coleta de dados, foi desenvolvido um questionário *online* na plataforma SurveyMonkey®, contendo questões acerca de conhecimentos de enfermeiros(as), médicos(as) e nutricionistas sobre AM e AC, elaboradas com base em recomendações oficiais do Ministério da Saúde (MS)<sup>13,17,18</sup> e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de alimentação para crianças pequenas.<sup>19</sup>

O instrumento de coleta de dados foi estruturado em dois blocos, sendo o primeiro relacionado à identificação do profissional de saúde (Bloco 1) e, o segundo, aos conhecimentos sobre AM e AC (Bloco 2). O desenvolvimento do Bloco 2 compreendeu as seguintes etapas: revisão da literatura, construção e redação de itens, avaliação do instrumento por especialistas e estudo piloto.

Na primeira etapa, buscou-se identificar artigos científicos que abordassem a atuação de profissionais de saúde na promoção da alimentação adequada e saudável na infância, bem como os que tratassem dos conhecimentos desses profissionais sobre a temática do AM e da AC, além de instrumentos para sua avaliação. Esta revisão foi realizada nas bases de dados SciELO, Lilacs, MedLine, Scopus e Web of Science, com a utilização dos seguintes descritores: aleitamento materno; alimentação complementar; amamentação; conhecimentos, atitudes e práticas; introdução da alimentação complementar; profissionais de saúde.

Na etapa seguinte, de construção e redação dos itens, foram utilizadas as informações coletadas na revisão da literatura e selecionados materiais institucionais do MS e da SBP. A publicação “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica”<sup>17</sup> foi considerada como base para construção do questionário.

Foram consultados de forma complementar o *Caderno de Atenção Básica* nº 23 - Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar;<sup>18</sup> o *Guia alimentar para crianças menores de dois anos: Série A - Normas e Manuais Técnicos*;<sup>13</sup> e o *Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola*.<sup>19</sup> Para a redação dos itens, foram selecionados conhecimentos dentro da temática de AM e AC considerados relevantes, tendo como base as informações coletadas na revisão da literatura e na leitura dos materiais institucionais selecionados.

A versão preliminar do questionário passou, então, por uma etapa de aperfeiçoamento, na qual houve a apreciação do instrumento por um grupo de especialistas em amamentação e

alimentação complementar, das três categoriais profissionais estudadas (enfermagem, medicina e nutrição) e de diferentes papéis institucionais (pesquisa, docência, gestão pública e prática clínica), selecionados por conveniência, para a obtenção de consenso.<sup>20,21</sup>

O objetivo desta fase foi a análise e julgamento das questões quanto à proposta de conhecimento pesquisado, à adequação da linguagem utilizada, à clareza do item e à relevância do conteúdo avaliado, sendo ainda disponibilizado um campo para comentários, sugestões ou acréscimos de novos itens para o questionário. Após esta etapa alguns itens foram reescritos, outros foram subdivididos e, ainda, foram criados novos itens, nos quais foram incluídos temas indicados por esses especialistas como controversos ou polêmicos em relação à alimentação infantil.

A versão final do questionário foi composta por 100 itens, sendo 11 referentes à caracterização profissional e 89 itens para mensuração de conhecimentos; destes, 14 eram relacionados ao AM e 75 à AC (quadro 1). As possibilidades de resposta para estas questões foram organizadas em uma escala Likert<sup>22</sup> de cinco pontos, segundo grau de concordância quanto a afirmação ou recomendação apresentada.

Por fim, na última etapa, o questionário já validado foi aplicado em estudo piloto a um grupo de dez estudantes dos Programas de Pós-Graduação em Nutrição Humana e em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, envolvendo as mesmas categorias profissionais às quais se destinava o instrumento, selecionados por conveniência.

A coleta de respostas ocorreu entre setembro e dezembro de 2017, e utilizou uma metodologia inspirada no *snowball sampling* ou amostragem do tipo bola de neve. Esta técnica prevê a indicação de pares para a "participação", na qual os participantes iniciais do estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto pelo estudo.<sup>23-25</sup> Nesta pesquisa, o recrutamento dos pares iniciais se deu via endereço eletrônico e mídias sociais, sendo os respondentes encorajados a compartilhar o instrumento com seus pares. A amostra final se deu com o término do prazo estipulado para o recebimento das respostas, correspondente a três meses, conforme recomendação para questionários de avaliação de conhecimentos.<sup>26</sup>

O questionário foi respondido somente por profissionais que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro(a), médico(a) e/ou nutricionista e possuir acesso à internet. Os critérios de exclusão foram: formação profissional fora do Brasil ou residência fixa no exterior. A amostra total foi de 316 questionários completos e válidos.

Para a análise de dados, foi atribuída uma pontuação para cada categoria de resposta: “discordo completamente (1)”, “discordo parcialmente (2)”, “não concordo nem discordo (3)”, “concordo parcialmente (4)” e “concordo completamente (5)”. Foi calculada, então, a média para cada item do questionário, podendo ela variar de 1 a 5.

Consideraram-se como lacuna de conhecimento as pontuações que variaram entre 2,5 e 3,5 pela proximidade à pontuação de neutralidade (3,0), indicando incerteza em relação ao conhecimento pesquisado. Além disso, foi calculada a frequência de respostas coincidentes, sendo considerados como conhecimento consolidado os itens que obtiveram mais de 80% de respostas “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Paralelamente foi realizada, pelas autoras, uma análise documental dos materiais institucionais selecionados para este estudo<sup>13,17,18</sup> e foram identificadas, nesses documentos, omissões e divergências em relação aos conhecimentos avaliados pelo questionário disponibilizado aos profissionais de saúde.

Para análise a partir de um *framework*, os itens foram divididos em dois temas – AM e AC, sendo este último agrupado em categorias segundo o modelo teórico sobre atributos, componentes e marcadores de AC proposto por Oliveira et al..<sup>21</sup> Este modelo aponta como atributos da AC a oportunidade, a adequação nutricional e a segurança. A oportunidade corresponde à faixa etária de introdução da AC. Já a adequação nutricional compreende quatro componentes: presença de nutrientes específicos, variedade da alimentação, densidade energética das refeições e ausência de produtos ultraprocessados. Por fim, a segurança é caracterizada por dois componentes: ausência de aditivos alimentares e inocuidade da preparação.

Apesar de os atributos compreenderem todos os conteúdos pesquisados neste estudo, alguns componentes e marcadores não englobavam determinados temas e, por isso, foram propostos os seguintes componentes dentro dos atributos oportunidade e segurança: maturidade fisiológica; contexto da oferta; e alimentos alergênicos.

Para análise de dados, utilizou-se o software *SPSS Statistics 22.0*. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (CAAE 66063316.7.0000.0030).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 316 profissionais de saúde, com média de idade de 34,6±9,1 anos, sendo 92,7% do sexo feminino. A maior parte dos participantes eram nutricionistas (56,6%), sendo 26,9% enfermeiros(as) e 16,5% médicos(as). Dos profissionais pesquisados, 59,8% afirmaram ter concluído especialização ou residência. Quanto à atuação profissional, a maior parte vive nas regiões Centro-Oeste (42,7%) e Sudeste (33,9%), 24,4% atuam em hospital público e/ou universitário e 14,9% na Atenção Básica, conforme apresentado na tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição da amostra dos profissionais de saúde participantes da pesquisa. Brasil, 2018.

Variáveis do estudo	n	%
Sexo/gênero		
Feminino	293	92,7
Masculino	23	7,3
Raça/cor		
Amarelo/a e Indígena	10	3,1
Branco/a	210	66,5
Pardo/a e Preto/a	95	30,1
Não soube responder	1	0,3
Renda Mensal pessoal* (IBGE)		
> 20 SM (Maior que R\$ 19.080,00)	22	7,0
10 - 20 SM (Entre R\$ 9.540,00 e R\$ 19.080,00)	45	14,2
4 - 10 SM (Entre R\$ 3.816,00 e R\$ 9.540,00)	115	36,4
2 - 4 SM (Entre R\$ 1.908,00 e R\$ 3.816,00)	86	27,2
< 2 SM (Menor que R\$ 1.908,00)	48	15,2
Categoria Profissional		
Enfermeiro/a	85	26,9
Médico/a	52	16,5
Nutricionista	179	56,6
Tipo de instituição da graduação		
Privada	145	45,9
Pública	171	54,1
Grau de instrução		
Apenas graduação	58	18,4
Especialização ou residência	189	59,8
Mestrado	51	16,1
Doutorado e Pós-doutorado	18	5,7
Local de atuação profissional por região		
Norte	8	2,5
Nordeste	30	9,5
Centro-oeste	135	42,7
Sudeste	107	33,9
Sul	36	11,4

**Tabela 1.** Descrição da amostra dos profissionais de saúde participantes da pesquisa. Brasil, 2018. (cont.)

Variáveis do estudo	n	%
Tipo de estabelecimento de atuação profissional		
Centro de Saúde, UBS ou Clínica de Saúde da Família	47	14,9
Consultório e/ou hospital particular	101	32,0
Creche ou Escola	22	7,0
Hospital público e/ou universitário	77	24,4
Unidade de Alimentação e Nutrição	6	1,9
Universidade pública e/ou particular	45	14,3
Outro	96	30,4
	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Idade em anos	34,6	9,1
Tempo de formação profissional em anos	10,3	8,6

\*Salário mínimo (SM) em vigor (Lei de Diretrizes Orçamentárias, 2018): R\$ 954,00.

O quadro 1 indica em quais materiais institucionais os conhecimentos mensurados nos 89 itens do questionário estavam presentes. Destaca-se que os assuntos abordados em oito itens estavam ausentes nos materiais de referência e as temáticas de seis itens continham informações divergentes segundo o material institucional consultado, sendo identificadas, então, omissões e divergências nos materiais de referência. Ressalta-se que os itens considerados omissos foram construídos a partir da revisão da literatura e da sugestão dos especialistas consultados na etapa de aperfeiçoamento.

Dos oito itens omissos, dois estavam relacionados ao tema AM (itens 7 e 8), e seis à AC. Destes, quatro correspondiam ao atributo “oportunidade”, sendo dois relacionados ao componente “maturidade fisiológica” (itens 60 e 65) e os demais ao “contexto de oferta” (itens 67 e 68). Os outros dois itens referiam-se ao atributo “segurança”, dentro do componente “ausência de aditivos alimentares” (itens 83 e 84). Já em relação às divergências, um dos itens estava relacionado ao tema do AM (item 14) e os outros cinco ao da AC, nos atributos “adequação nutricional” (itens 15, 25 37 e 38) e “oportunidade” (item 57).

Dos 89 itens avaliados, 22 apresentaram médias variando entre 2,52 e 3,49, como demonstrado na tabela 2, indicando que aproximadamente 25% das afirmações despertavam dúvidas entre os profissionais de saúde quanto ao conhecimento pesquisado (lacuna de conhecimento), tendo em vista a proximidade à pontuação de neutralidade (3,0). Destes, o item com mais neutralidade se referia à recomendação da dieta vegetariana na AC ( $M = 3,137$ ), item pertencente ao atributo “adequação nutricional”.



**Tabela 2.** Descrição das médias dos itens sobre amamentação e alimentação complementar pesquisados. Brasil, 2018.

Item	Média
27. O ovo inteiro, isto é, clara e gema, deve ser ofertado apenas após os nove meses de vida da criança.	2,529
22. O óleo vegetal utilizado para a cocção dos alimentos para as crianças deve ser preferencialmente o óleo de soja ou óleo de canola.	2,557
85. O glúten deve ser ofertado apenas aos 12 meses de idade, já que a sua introdução antes desta idade pode aumentar os riscos do desenvolvimento de doença celíaca em crianças geneticamente predispostas.	2,612
38. Considerando que as crianças têm uma preferência inata pelo sabor doce, recomenda-se que a introdução da alimentação complementar se inicie pela oferta de frutas espremidas ou sucos de frutas naturais, sem adição de açúcar, como a laranja lima e a água de coco.	2,659
60. Os vegetais folhosos verde-escuros podem ser ofertados crus, desde as primeiras papas principais.	2,669
75. Antes de oferecer frutas e hortaliças para crianças menores de dois anos de idade, os pais ou cuidadores devem higienizá-las com detergente e água para diminuir as possibilidades de contaminação biológica.	2,723
55. Por volta dos seis meses de idade, para a maioria das crianças, o reflexo de protrusão de língua estará ausente.	2,737
17. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação vitamina D.	2,743
65. Os alimentadores com rede/tela podem ser utilizados pelas crianças em introdução da alimentação complementar pois, além de promoverem a autonomia alimentar da criança, protegem contra o risco de engasgos.	2,772
63. A alimentação complementar deve ser ofertada em copos com tampa ou bico, no caso dos líquidos.	2,783
31. A carne de porco deve ser adicionada às papas principais apenas após 12 meses de idade.	2,828
33. Aos seis meses de idade, a quantidade mínima de água para beber que deve ser ofertada para a criança é de aproximadamente 700ml/dia.	2,859
32. É contraindicada a dieta vegetariana para crianças na fase de introdução de alimentação complementar.	3,137
46. É obrigatório manter um intervalo regular de cerca de 2 a 3 horas entre as refeições da criança	3,287
20. Para crianças que recebem fórmula infantil, é necessário realizar a suplementação de ferro e vitamina A.	3,378
59. Aos seis meses de idade, a maioria das crianças não teve a primeira erupção dentária.	3,396
16. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação de ferro e de vitamina A.	3,416
5. É muito comum que alguns alimentos consumidos pela mãe sejam responsáveis pelas cólicas dos bebês e, por isso, é recomendada sua exclusão da dieta materna.	3,419
86. As oleaginosas, como castanhas e nozes, devem ser ofertadas à criança apenas após os dois anos de idade.	3,437
57. Quando há necessidade de introdução da alimentação complementar aos quatro meses de idade, a composição e a consistência das papas devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente.	3,439
7. Em qualquer situação, a amamentação cruzada (prática em que a criança é amamentada por outra lactante que não a própria mãe) é contraindicada.	3,454
18. Considerando que após os seis meses de vida somente o leite materno não é capaz de suprir as necessidades de ferro da criança, é importante ofertar vísceras e miúdos (por exemplo, fígado, coração e moela) no mínimo uma vez por semana para os bebês.	3,490

A maior parte dos itens classificados como lacuna de conhecimento se relacionava ao atributo “adequação nutricional”, nos componentes “variedade” (itens 22, 27, 31, 32 e 33), “presença de nutrientes específicos” (itens 16, 17, 18 e 20) e “densidade energética” (itens 38 e 46). Além destes, 27% estavam dentro do atributo “oportunidade”, sendo todos relacionados ao componente “maturidade fisiológica” (itens 55, 57, 59, 60, 63 e 65). No atributo “segurança”, as

lacunas apareceram nos componentes “alimentos alergênicos” (itens 85 e 86) e “inocuidade da preparação” (item 75). Somente 9% dos itens de lacuna referiam-se ao tema AM (itens 5 e 7).

Sobre a frequência de respostas coincidentes (consenso), 13 itens apresentaram percentuais elevados de concordância ou discordância variando entre 80,6 a 96,5%, conforme apresentado na tabela 3. O item com maior concordância (96,5%) pertencia ao atributo “oportunidade” e dizia respeito à importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis por toda família no período de introdução alimentar da criança (item 72).

**Tabela 3.** Frequência de concordância ou discordância total segundo o item pesquisado. Brasil, 2018.

Item	Frequência
<b>Concordância total</b>	
72. Os pais ou cuidadores devem ser estimulados a adotarem hábitos alimentares saudáveis, já que as crianças aprendem por imitação.	96,5%
80. Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.	96,0%
82. Para evitar que o armazenamento esteja acontecendo de forma inadequada, deve-se sempre certificar-se de que o refrigerador está sendo mantido fechado e que a porta do refrigerador apresenta boas condições de vedação.	94,9%
50. Os alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) não devem ser oferecidos para a criança porque, além de conterem aditivos, conservantes artificiais e altos teores de sal, tiram o apetite da criança e competem com alimentos saudáveis.	91,0%
77. As carnes devem ser oferecidas sempre muito bem cozidas, sem sangue aparente.	90,1%
71. Se a criança recusar determinado alimento, deve-se insistir na sua oferta, em outras oportunidades, em diferentes refeições ou com variadas formas de apresentação, para estimular que a criança o aceite.	89,6%
47. Até completar um ano de vida não devem ser ofertados para a criança café, chás, mate, enlatados e refrigerantes.	86,1%
49. A oferta de alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade e câncer na idade adulta.	85,0%
12. A pega inadequada durante mamada pode levar ao desmame precoce devido a lesões mamilares.	83,7%
76. A oferta de mel é totalmente contraindicada no primeiro ano de vida.	80,9%
19. Para aumentar a absorção do ferro, é importante incentivar o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto ou logo após a refeição da criança.	80,6%
<b>Discordância total</b>	
11. Existem mães que possuem leite fraco ou insuficiente para satisfazer as necessidades nutricionais do bebê.	86,4%
51. Até os seis meses de idade, as crianças amamentadas com leite materno podem receber, eventualmente ou quando a mãe não está presente, oferta complementar de água ou outros líquidos não adoçados com açúcar ou qualquer produto artificial.	80,7%

Dentro desse atributo, foram consensos ainda dois itens (51 e 71) que abordavam a idade de início da AC e o contexto de oferta do alimento. Ainda, quatro itens de conhecimento consolidado pertenciam ao atributo “segurança” (itens 76, 77, 80 e 82) e discutiam a inocuidade das preparações. Dois componentes do atributo “adequação nutricional” também foram consenso: “presença de nutrientes específicos” (item 19) e “ausência de produtos ultraprocessados” (itens 47, 49 e 50).

**Quadro1.** Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al. (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens.

Conteúdo temático	Fonte*
<b>Aleitamento materno</b>	
1. O desenvolvimento da capacidade de autocontrole na ingestão de alimentos ocorre mais precocemente em crianças amamentadas no peito em comparação às não amamentadas.	A
2. O leite materno ordenhado pode ser armazenado na geladeira por até 12 horas e no congelador ou freezer por no máximo 30 dias.	A
3. O descongelamento do leite materno estocado pode ser realizado no forno micro-ondas.	A
4. Não há comprovação de que o uso de chupetas esteja associado ao desmame precoce.	B
5. É muito comum que alguns alimentos consumidos pela mãe sejam responsáveis pelas cólicas dos bebês e, por isso, é recomendada a sua exclusão da dieta materna.	A
6. Não é adequada a oferta de leite materno como complementação das refeições.	D
7. Em qualquer situação, a amamentação cruzada (prática em que a criança é amamentada por outra lactante que não a própria mãe) é contraindicada.	+
8. O aleitamento materno noturno aumenta o risco do desenvolvimento de cáries, caso a criança tenha dentição.	+
9. Segundo manuais e diretrizes brasileiras, são contraindicações permanentes para a amamentação: doenças infecciosas não tratadas (por exemplo, tuberculose) e contaminação materna pelo vírus HIV.	B
10. De acordo com manuais e diretrizes brasileiras, são contraindicações temporárias para a amamentação: tratamento regular com medicamentos nocivos aos bebês e crianças com doenças metabólicas raras, como galactosemia e fenilcetonúria.	B
11. Existem mães que possuem leite fraco ou insuficiente para satisfazer as necessidades nutricionais do bebê.	B
12. A pega inadequada durante mamada pode levar ao desmame precoce devido a lesões mamilares.	A, B
13. A produção do leite materno depende da sucção do bebê e a sua ejeção é influenciada pelo estado emocional da mãe.	A, B, D
14. Quando esgotadas as possibilidades de aleitamento materno da criança menor que quatro meses de idade, recomenda-se a utilização de fórmulas infantis ou a diluição do leite de vaca de acordo com o grupo etário.	A, D**

**Quadro1.** Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al. (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens. (cont.)

Conteúdo temático		Fonte*
<b>Alimentação complementar</b>		
<b>1. Adequação Nutricional</b>		
1.1. Presença de nutrientes específicos	15. É imprescindível adicionar sal às papas principais (almoço e jantar) que serão ofertadas aos bebês.	A, D**
	16. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação de ferro e de vitamina A.	D
	17. A partir dos seis meses de idade, é recomendado que todas as crianças recebam suplementação vitamina D.	D
	18. Considerando que após os seis meses de vida somente o leite materno não é capaz de suprir as necessidades de ferro da criança, é importante ofertar vísceras e miúdos (por exemplo, fígado, coração e moela) no mínimo uma vez por semana para os bebês.	A, D
	19. Para aumentar a absorção do ferro, é importante incentivar o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto ou logo após a refeição da criança.	A, D
	20. Para crianças que recebem fórmula infantil, é necessário realizar a suplementação de ferro e vitamina A.	A, D
1.2. Variedade	21. A introdução da alimentação complementar deve preferencialmente incluir alimentos regionais como, por exemplo, frutas específicas da região.	A, D
	22. O óleo vegetal utilizado para a cocção dos alimentos para as crianças deve ser preferencialmente o óleo de soja ou óleo de canola.	D
	23. O leite de vaca e/ou outros alimentos lácteos podem ser oferecidos para a criança a partir dos seis meses de idade, exceto para bebês que possuam histórico familiar de alergia ou intolerância a este alimento.	A, D
	24. As carnes devem ser ofertadas apenas quando a criança completar sete meses de idade.	A, D
	25. O peixe não deve ser ofertado antes do primeiro ano de vida da criança.	A, D
	26. Inicialmente, os ingredientes da papa principal podem ser ofertados misturados para melhorar a aceitação da criança.	A, D**
	27. O ovo inteiro, isto é, clara e gema, deve ser ofertado apenas após os nove meses de vida da criança.	A, D
	28. Desde a oferta da primeira papa principal todos os grupos alimentares devem estar presentes, ou seja, a papa deve conter alimentos do grupo dos cereais ou tubérculos, do grupo de legumes e verduras, de grupo de carnes ou ovos e, ainda, do grupo de feijões.	A, D
	29. Iogurtes naturais sem açúcar podem ser ofertados como opção de lanche para crianças a partir de seis meses de idade, mesmo que amamentadas.	A, D
	30. A criança deve receber água à vontade, nos intervalos das refeições, quando não estiver mais em aleitamento materno exclusivo.	A, D
	31. A carne de porco deve ser adicionada às papas principais apenas após 12 meses de idade.	A
	32. É contraindicada a dieta vegetariana para crianças na fase de introdução de alimentação complementar.	A, D
	33. Aos seis meses de idade, a quantidade mínima de água para beber que deve ser ofertada para a criança é de aproximadamente 700ml/dia.	D
	34. Se a família tem o costume de consumir alimentos com temperos picantes, estes podem ser ofertados ao bebê, já que a introdução da alimentação complementar deve respeitar e valorizar a identidade cultural e alimentar da família.	A
	35. A substituição das refeições por bebidas lácteas pode causar anemia, excesso de peso e predisposição para alergias alimentares.	A

**Quadro1.** Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al. (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens. (cont.)

1.3. Densidade energética	36. No período da introdução da alimentação complementar, a adoção de horários fixos para a oferta de alimentos ajuda no processo de adaptação da criança.	B
	37. A partir dos nove meses de idade, a criança deve estar em esquema alimentar que contém duas papas de fruta, uma pela manhã e outra pela tarde, e duas papas principais, uma no almoço e outra no jantar.	A, D**
	38. Considerando que as crianças têm uma preferência inata pelo sabor doce, recomenda-se que a introdução da alimentação complementar se inicie pela oferta de frutas espremidas ou sucos de frutas naturais, sem adição de açúcar, como a laranja lima e a água de coco.	A, D**
	39. Uma das estratégias para aumentar o valor calórico diário da dieta de crianças com baixo peso é a adição de uma pequena quantidade de óleo vegetal ou azeite às papas principais.	A
	40. É necessário que a oferta de alimentos se dê, inicialmente, na consistência liquidificada ou na forma líquida, como sucos ou sopas, a fim de facilitar a sua deglutição e garantir o aporte energético necessário para o bebê.	A, D
	41. No lugar de frutas podem ser oferecidos, nos lanches dos lactentes, sucos naturais não adoçados com açúcar, mel, melado ou outros adoçantes.	A, D
	42. Nas primeiras papas, as leguminosas, como o feijão, a lentilha e a ervilha, devem ser liquidificadas para evitar engasgos.	A
	43. Na introdução da alimentação complementar, o alimento deve ser ofertado amassado, desfiado, triturado ou picado em pequenos pedaços, dependendo do grau de desenvolvimento da criança.	A, D
	44. A utilização do liquidificador ou da peneira para a oferta da alimentação complementar é totalmente contraindicada	A, D
	45. Horários muito rígidos para a oferta de alimentos podem diminuir a capacidade da criança de distinguir as sensações de fome e saciedade.	A, D
1.4. Ausência de produtos ultra processados	46. É obrigatório manter um intervalo regular de cerca de 2 a 3 horas entre as refeições da criança.	A, D
	47. Até completar um ano de vida não devem ser ofertados para a criança café, chás, mate, enlatados e refrigerantes.	A, D
	48. Alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) podem estar associados ao desenvolvimento de transtornos do comportamento em crianças, como hiperatividade e déficit de atenção.	D
	49. A oferta de alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade e câncer na idade adulta.	B, D
	50. Os alimentos ultraprocessados (por exemplo, embutidos, biscoitos recheados e barras de cereal) não devem ser oferecidos para a criança porque, além de conterem aditivos, conservantes artificiais e altos teores de sal, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos saudáveis.	A

**Quadro1.** Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al. (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens. (cont.)

2. Oportunidade		
2.1. Idade de início	51. Até os seis meses de idade, as crianças amamentadas com leite materno podem receber, eventualmente ou quando a mãe não está presente, oferta complementar de água ou outros líquidos não adoçados com açúcar ou qualquer produto artificial.	A, D
	52. Ao completar seis meses de idade, apenas a oferta de leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais da criança.	A
	53. Até os seis meses de idade, a oferta de qualquer outro alimento pode prejudicar o bebê, pois aumenta os riscos de adoecimento por contaminação e substitui o volume do leite materno que poderia estar sendo ingerido.	A
	54. Nos dias em que a temperatura estiver muito elevada, recomenda-se a oferta de água para os bebês de qualquer idade, inclusive para os amamentados exclusivamente.	A
2.2. Maturidade fisiológica	55. Por volta dos seis meses de idade para a maioria das crianças o reflexo de protrusão de língua estará ausente.	A, D
	56. Dos quatro aos cinco meses de idade todas as crianças já conseguem sustentar a cabeça, podendo ser oferecida alimentação complementar.	A
	57. Quando há necessidade de introdução da alimentação complementar aos quatro meses de idade, a composição e a consistência das papas devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente.	A, D**
	58. O uso de chupeta está associado à maior frequência de candidíase oral (sapinho) e alterações respiratórias, dentais e orofaciais.	B
	59. Aos seis meses de idade, a maioria das crianças não teve a primeira erupção dentária.	A, D
	60. Os vegetais folhosos verde-escuros podem ser ofertados crus, desde as primeiras papas principais.	+
	61. Somente a partir da erupção do primeiro dente recomenda-se higienizar a cavidade bucal do bebê.	B
	62. A capacidade gástrica do bebê é de cerca de 20 a 30ml/Kg de peso.	A
	63. A alimentação complementar deve ser ofertada em copos com tampa ou bico, no caso dos líquidos.	A
64. A oferta de um volume maior de alimentos do que a capacidade gástrica da criança pode resultar na recusa de parte da alimentação ou do leite materno.	A	
65. Os alimentadores com rede/tela podem ser utilizados pelas crianças em introdução da alimentação complementar pois, além de promoverem a autonomia alimentar da criança, protegem contra o risco de engasgos.	+	

**Quadro1.** Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al. (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens. (cont.)

2.3. Contexto da oferta	66. Quando a criança estiver doente e convalescente, devem ser ofertados a ela seus alimentos preferidos, desde que saudáveis, como estratégia para a manutenção da ingestão adequada de calorias.	A
	67. O Baby Led-Weaning (BLW) é um método de introdução da alimentação complementar no qual as crianças são estimuladas a escolher os alimentos, dentre aqueles apresentados pelos responsáveis, e as quantidades que irão consumir.	+
	68. O Baby Led-Weaning (BLW) é um método que deve ser ensinado à mãe por ser a opção mais atual e inovadora de introdução da alimentação complementar.	+
	69. A criança deve ser estimulada a pegar os alimentos com as próprias mãos quando introduzida a alimentação complementar.	A, D
	70. A oferta de alimentos favoritos ou de conforto quando a criança recusa comer uma papa principal ou de fruta pode condicionar a criança a recusas sucessivas, visando receber seu alimento preferido.	A
	71. Se a criança recusar determinado alimento, deve-se insistir na sua oferta, em outras oportunidades, em diferentes refeições ou com variadas formas de apresentação, para estimular que a criança o aceite.	A, D
	72. Os pais ou cuidadores devem ser estimulados a adotarem hábitos alimentares saudáveis, já que as crianças aprendem por imitação.	D
	73. Se a criança doente e convalescente aceitar bem apenas um tipo de preparação saudável, é recomendado manter a sua oferta até que a criança se recupere.	A
74. Práticas de gratificação (por exemplo, a oferta de doces após as refeições) ou o uso da televisão durante a refeição podem ser utilizados para crianças doentes e convalescentes no intuito de garantir aporte nutricional suficiente.	A	

**Quadro1.** Categorização dos itens sobre amamentação e alimentação complementar segundo o Modelo Teórico de Oliveira et al. (2015) e apresentação dos materiais institucionais utilizados como base de dados para a redação dos itens. (cont.)

3. Segurança		
3.1. Inocuidade da preparação	75. Antes de oferecer frutas e hortaliças para crianças menores de dois anos de idade, os pais ou cuidadores devem higienizá-las com detergente e água para diminuir as possibilidades de contaminação biológica.	A
	76. A oferta de mel é totalmente contraindicada no primeiro ano de vida.	A, D
	77. As carnes devem ser oferecidas sempre muito bem cozidas, sem sangue aparente.	A, D
	78. Sobras de alimentos no prato da criança podem ser oferecidas na próxima refeição, desde que tenham sido adequadamente acondicionados na geladeira.	A
	79. Mamadeiras e chuquinhas apresentam alto risco de contaminação pela dificuldade para sua limpeza e higienização.	A
	80. Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.	A
	81. Nos alimentos preparados, a proliferação de microrganismos pode ocorrer se eles permanecerem à temperatura ambiente ou se o refrigerador não for mantido em temperatura adequada, ou seja, abaixo de 5 graus Celsius.	A
82. Para evitar que o armazenamento esteja acontecendo de forma inadequada, deve-se sempre certificar-se de que o refrigerador está sendo mantido fechado e que a porta do refrigerador apresenta boas condições de vedação.	A	
3.2. Ausência de aditivos alimentares	83. Para as refeições de crianças menores de dois anos, recomenda-se a oferta preferencial de frutas e hortaliças orgânicas, ou seja, livres de agrotóxicos.	+
	84. Panelas de ferro e/ou alumínio são indicadas para a preparação dos alimentos complementares a serem ofertados para a criança, já que podem adicionar quantidades de minerais, como o ferro, ao alimento.	+
3.3. Alimentos alergênicos	85. O glúten deve ser ofertado apenas aos doze meses de idade, já que a sua introdução antes desta idade pode aumentar os riscos do desenvolvimento de doença celíaca em crianças geneticamente predispostas.	D
	86. As oleaginosas, como castanhas e nozes, devem ser ofertadas à criança apenas após os dois anos de idade.	B
	87. Os frutos do mar, como camarão e lagosta, devem ser ofertados à criança somente após dois anos de idade.	B
	88. Para crianças não amamentadas no peito pode ser oferecido leite de soja.	D
	89. O consumo de produtos à base de soja deve ser desestimulado para crianças menores de dois anos, pois se sabe que a ingestão de fitoestrógenos provoca consequências sérias na saúde reprodutiva.	D



## DISCUSSÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) elaboram os principais materiais com orientações sobre alimentação saudável para crianças, que são utilizados como referências pelos profissionais de saúde. Apesar de os materiais serem publicados desde a década de 2000, foi possível observar, neste estudo, que ainda existem dúvidas sobre quais são as recomendações de alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos.

O item que apresentou o maior grau de incerteza pelos profissionais, pela neutralidade da média observada, dizia respeito à adequação de uma dieta vegetariana na AC. Os quatro materiais consultados destacam a importância da oferta de todos os grupos alimentares, inclusive o grupo das carnes, sem mencionar a possibilidade de adoção de uma alimentação vegetariana ou se posicionar contrariamente sobre esta prática.<sup>13,17-19</sup> A OMS recomenda a oferta da maior variedade possível de alimentos com vistas a assegurar que as necessidades nutricionais da criança sejam alcançadas, apontando que a dieta vegetariana pode não alcançar a necessidade de nutrientes para essa idade.<sup>1</sup> Contudo, a Sociedade Vegetariana Brasileira (SVB) aponta que a alimentação vegetariana é adequada em todos os ciclos da vida, inclusive entre crianças menores de dois anos, destacando que adequações nutricionais devem ser realizadas.<sup>27</sup>

Além destas temáticas, foram consideradas lacunas de conhecimento: a oferta de alimentos e/ou nutrientes específicos na AC, como o ovo, as oleaginosas, a carne de porco e o glúten; o tipo de óleo indicado para a cocção dos alimentos complementares; a higienização de frutas e hortaliças; a suplementação de micronutrientes; a utilização de copos com tampa ou bico; o intervalo regular entre as refeições; a oferta de vísceras e miúdos; a IAC precoce; a relação dos alimentos consumidos pela mãe com as cólicas infantis; a idade em que o reflexo de protusão da língua está ausente e a da primeira erupção dentária.

Em relação ao ovo e à carne suína, todos os materiais recomendam a oferta do ovo inteiro e do grupo das carnes a partir do sexto mês, incluindo explicitamente a carne de porco como uma opção deste grupo.<sup>13,17-19</sup>

Quanto aos alimentos potencialmente alergênicos, as recomendações antigas eram de que estes alimentos deveriam ser introduzidos tardiamente. Atualmente, o MS e a SBP entendem que a introdução destes alimentos aos seis meses de idade não está relacionada com uma maior predisposição a alergias, mesmo em crianças com histórico familiar da doença.<sup>17,19</sup>

Os materiais do MS não abordam, explicitamente, a temática da introdução oportuna do glúten na dieta infantil. Contudo, a SBP posiciona-se de forma favorável à sua oferta desde o sexto mês, considerando que esta prática colabora com a aquisição de tolerância e redução do risco de alergenicidade ao glúten.<sup>19</sup>

Os profissionais de saúde apresentaram dúvidas em relação ao tipo de óleo mais indicado para a cocção dos alimentos. O MS destaca que as frituras devem ser evitadas nos primeiros anos de vida e que os lipídeos estão naturalmente presentes nos alimentos, no leite materno e no óleo vegetal utilizado para cocção das papas principais.<sup>17</sup> Já a SBP indica explicitamente a proporção de óleo a ser utilizado e recomenda preferencialmente os óleos de soja ou canola.<sup>19</sup>

Em relação às necessidades diárias de água para crianças, também uma das lacunas de conhecimento identificadas, tanto o MS quanto a SBP afirmam que a partir do início da AC é necessário oferecer água no intervalo das refeições. A SBP recomenda 700 a 800 mL por dia, dependendo da idade.<sup>17,19</sup> Os materiais do MS<sup>17,18</sup> orientam a oferta de água para crianças em aleitamento artificial.

As frutas e hortaliças consumidas pela criança devem ser lavadas em água corrente e, depois, colocadas em água clorada, com posterior enxágue.<sup>17,19</sup> Apesar de esta recomendação aparecer nos materiais do MS e SBP, os profissionais ainda têm dúvidas sobre ela.

Outra temática que gerou dúvidas entre os profissionais foi a suplementação de micronutrientes. Segundo os materiais consultados, caso a criança esteja em uso de fórmula infantil, não é necessário suplementar com ferro e vitaminas, pois esses produtos já são enriquecidos com estes nutrientes.<sup>17,19</sup> Ainda de acordo com a SBP, para lactentes em AM com exposição regular ao sol, não há necessidade de suplementação de vitamina D.<sup>19</sup> Em relação à vitamina A e ao ferro, para regiões com alta prevalência de deficiências, a suplementação profilática de ambos é recomendada a partir do sexto mês de vida.<sup>17,19</sup>

Sobre a oferta de sucos ou frutas espremidas, temática considerada divergência e lacuna de conhecimento, o MS recomenda que as frutas sejam oferecidas *in natura*, amassadas, em vez de sucos.<sup>17</sup> Já a SBP aponta que as frutas podem ser oferecidas espremidas e afirma que respeitando o período do AM exclusivo, o consumo de água, frutas e sucos naturais deve ser estimulado.<sup>19</sup>

No tocante à introdução precoce da AC, outra temática considerada tanto divergência como lacuna de conhecimento, o MS aponta que, se a criança estiver em uso de fórmula infantil ou leite de vaca, a oferta dos alimentos sólidos deve ser iniciada aos quatro meses de idade, sendo as refeições lácteas substituídas gradativamente por esses alimentos. Neste caso, a

composição, a consistência e a forma de introdução das refeições devem seguir as mesmas orientações daquelas realizadas para crianças maiores de seis meses amamentadas exclusivamente.<sup>17</sup> Contudo, para a SBP, a introdução da AC entre três e quatro meses pode aumentar o risco de alergias e, então, caso a criança esteja recebendo fórmula infantil, a AC deverá se iniciar aos seis meses de vida.<sup>19</sup>

Os materiais consultados nesta pesquisa corresponderam àqueles mais utilizados e/ou recomendados como referencial teórico e prático para atuação dos profissionais. No entanto, ainda que sejam considerados materiais de referência, alguns conhecimentos pesquisados estavam ausentes e outros se apresentaram divergentes, segundo o material consultado. Entre as omissões e divergências, um terço dos itens de cada uma delas foi considerado, também, como lacuna de conhecimento.

Os itens omissos se referiam à amamentação cruzada, AM noturno, método *Baby Led-Weaning* (BLW), tipos de utensílios para preparo de alimentos, consumo de alimentos orgânicos, utilização de alimentadores com rede/tela e oferta de hortaliças cruas.

Os itens divergentes estavam relacionados à diluição do leite de vaca, à IAC aos quatro meses de idade, à necessidade de adição de sal às papas principais, à oferta de ingredientes misturados nas preparações, ao esquema alimentar aos nove meses de idade e à oferta de frutas espremidas ou sucos de frutas naturais no período de IAC.

Em relação à amamentação cruzada, temática omissa e considerada como lacuna de conhecimento, a OMS recomenda a prática em condições excepcionais.<sup>1</sup> Contudo, o MS, através da Portaria nº 2415/1996, não recomenda a prática de AM cruzado.<sup>28</sup> Apesar de a Portaria datar de 1996, essa informação não consta em nenhum dos materiais consultados. Isso pode estar relacionado a desfechos como os encontrados por von Seehausen et al.,<sup>29</sup> que verificaram alta prevalência (43,4%) de AM cruzado entre mães no Rio de Janeiro.

Quanto ao AM noturno, não existem evidências científicas que comprovem a relação desta prática com cáries dentárias, associação muitas vezes difundida pelos próprios profissionais nos serviços de saúde.<sup>30,31</sup>

Nenhum dos materiais aborda a introdução da AC a partir do método BLW, abordagem alternativa de IAC na qual a ênfase está na autoalimentação pela própria criança, ao invés da oferta do alimento pelo adulto através da colher,<sup>32</sup> que tem sido disseminada e incentivada nas mídias sociais. Porém, em 2017, a SBP lançou uma publicação sobre este tema, no qual se posiciona contrariamente ao método BLW.<sup>33</sup> Entretanto, isso não aparece ainda como uma recomendação em suas diretrizes oficiais.

Sobre os utensílios recomendados para preparação dos alimentos complementares, os estudos não são explícitos em relação à melhor opção de panela para cocção, segundo seus riscos e benefícios na transferência de metais, dificultando a orientação precisa dos profissionais às mães. A maior parte das panelas permite migração de diversos minerais, porém nenhuma delas libera metais pesados.<sup>34,35</sup> O único estudo que recomenda um tipo específico de panela data da década de 90 e recomenda a utilização panelas de ferro.<sup>36</sup>

O Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos no mundo, e cerca de 30% dos alimentos consumidos pela população brasileira está contaminado. Ainda que alguns ingredientes ativos sejam classificados como de baixa toxicidade, destacam-se os efeitos crônicos da exposição a estas substâncias a longo prazo.<sup>37,38</sup> Dessa forma, é importante incentivar o consumo de frutas e hortaliças orgânicas sempre que possível, desde as primeiras refeições da criança. Apesar de o *Guia Alimentar para a População Brasileira* recomendar alimentos orgânicos e de base agroecológica para a população adulta,<sup>39</sup> essa informação não está presente nos materiais direcionados para crianças.

Em relação à utilização de alimentadores com rede/tela no período da AC, temática omissa e considerada como lacuna de conhecimento, não foram encontrados estudos científicos em que estes fossem objeto de investigação. Contudo, evidencia-se o risco de contaminação devido a seu formato, de difícil higienização, e a descaracterização do alimento na sua forma de apresentação.

Por fim, a oferta de vegetais folhosos crus, temática também omissa e considerada como lacuna de conhecimento, não foram encontrados estudos científicos que abordassem de forma clara a recomendação ou não da oferta de hortaliças cruas para crianças em fase de introdução alimentar.

Quanto aos conhecimentos consolidados, a amamentação é uma temática em que os profissionais demonstraram muita segurança. Há consenso quanto à importância da orientação sobre a pega adequada durante a mamada para manutenção do AM e quanto à não existência de leite fraco ou insuficiente. Todos os materiais consultados orientam sobre a importância de se avaliar e estimular a pega adequada para promoção do AM. Contudo, apenas os materiais do MS<sup>13,17,18</sup> abordam a estimulação do AM, mesmo quando mães interpretarem o seu leite como fraco ou insuficiente.

Em relação ao tema AC, pode-se afirmar que a segurança biológica das preparações, do ponto de vista do preparo e armazenamento de alimentos, já se configura como conhecimento consolidado entre os profissionais, assim como a inadequação da oferta de determinados

alimentos para crianças, como o mel. Esses conteúdos são abordados em todos os materiais consultados.

Sobre o contexto de oferta, os profissionais demonstraram saber que a adoção de hábitos alimentares saudáveis pela família é determinante para o sucesso da AC adequada<sup>19</sup> e que é importante restringir os alimentos ultraprocessados para crianças.<sup>13,17-19</sup>

Diante do que foi apontado por este estudo, é fundamental que os órgãos responsáveis por planejar, elaborar e disseminar materiais institucionais para profissionais de saúde reconheçam os conteúdos que ainda hoje se apresentam como lacunas de conhecimento para esse público e deem destaque para estas temáticas. Além disso, é importante que estes materiais estejam vinculados a estratégias de formação profissional, tendo em vista que os profissionais de saúde possuem papel fundamental na promoção da alimentação adequada e saudável, especialmente no contexto da alimentação infantil.

A promoção da alimentação adequada e saudável se postula na intervenção em relação ao comportamento alimentar de pessoas e, portanto, caracteriza-se como um trabalho de natureza educacional.<sup>40</sup> Apesar dos avanços, as ações e estratégias educativas desenvolvidas no campo da saúde estão ainda muito próximas da ideia da prevenção, e não da ideia de promoção da saúde, devendo ser desenvolvidas visando à promoção da autonomia.<sup>41</sup>

Assim, ressalta-se a importância da capacitação dos profissionais para a sua atuação como agentes finais do processo de implementação de políticas, programas e ações de promoção da alimentação adequada e saudável, sendo essencial o investimento em instrumentos de comunicação e educação em saúde que os qualifiquem no seu papel de facilitador na transmissão de conhecimentos em alimentação e nutrição.<sup>42</sup>

Por fim, é fundamental reconhecer que os materiais institucionais e as diretrizes oficiais correspondem aos provedores de embasamento teórico e prático para a atuação dos profissionais de saúde, o que determina a importância de revisitação e atualização constante desses documentos. Em consonância com isso, o Brasil está prestes a lançar novo *Guia alimentar para crianças menores de dois anos* ainda neste ano de 2019, e espera-se que este material venha preencher muitas das fragilidades encontradas por este estudo.

## CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que os profissionais de saúde ainda apresentam muitas dúvidas em relação à amamentação e à alimentação complementar e, por isso, é preciso revisar e

atualizar constantemente os materiais disponibilizados a eles, com atenção especial aos tópicos aqui identificados como lacunas de conhecimento ou como omissos nas recomendações oficiais.

Entende-se que o processo de disponibilização de informações e de atualização dos profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham com atenção primária, é necessário e contínuo. O fortalecimento e o fomento de programas e estratégias que visem à formação e capacitação profissional em aleitamento materno e alimentação complementar devem ser prioritários.

Pesquisas como esta são importantes ferramentas de avaliação e monitoramento de demandas de conhecimento muitas vezes não identificadas facilmente por aqueles que elaboram os materiais de apoio aos profissionais na esfera da gestão. Claramente, a apropriação do conhecimento pelos profissionais não garantirá que este seja transmitido adequadamente à população, e menos ainda que se transforme em prática cotidiana, mas é um primeiro e grande passo na desafiadora jornada que é a promoção da saúde.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos e todas profissionais de saúde que se disponibilizaram a colaborar com este estudo, respondendo ao questionário para avaliação de conhecimentos em amamentação e alimentação complementar.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. Genebra: WHO; 2003.
2. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krusevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, v. 387, Jan 30, 2016.
3. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*. 2017;51:108.
4. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LM. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:608-13.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNS. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

6. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr.* 2000; 76 (Supl.3):S253-62.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS de 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília - DF. 2009.
8. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 31(11):2413-2424, nov, 2015.
9. Cunha AJDA, Leite AJM, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J).* 2015;91:S44-51.
10. Anderson GH, Zlotkin SH. Developing and implementing food-based dietary guidance for fat in the diets of children. *Am J Clin Nutr.* 2000;72:1404-9.
11. Golley RK, Hendrie GA, McNaughton SA. Scores on the dietary guideline index for children and adolescents are associated with nutrient intake and socio-economic position but not adiposity. *J Nutr* 2011;141(7):1340-7.
12. Shonkoff JP, Bales SN. Science does not speak for itself: translating child development research for the public and its policy makers. *Child Dev.* 2011;82:17-32.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília - DF. 2010.
15. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grehi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 30(8):1695-1707, ago, 2014.
16. Nunes LM, Vigo A, Oliveira LD, Giugliani RRJ. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(6):e00205615.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

19. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.
20. Borrego LM, Fonseca JA, Pereira AM, Pinto VR, Linhares D, Morais-Almeida M. Development process and cognitive testing of CARAT kids - Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test for children. Ver Port Imunoalergologia. 2014;22:183-193.
21. Oliveira J M, Castro IRRD, Silva GB, Venancio SJ, Saldiva SRDM. Assessing complementary feeding practices in the first two years of life: a proposal for indicators and a monitoring tool. Cadernos de Saude Publica, 31(2):377-394, 2015.
22. Azemati B, Heshmat R, Sanaei M, Salehi F, Sadeghi F, Ghaderpanahi M, Mirarefin M, Abdollahi Z, Hemami MR, Larijani B. Nutritional knowledge, attitude and practice of Iranian households and primary health care staff: NUTRIKAP Survey. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2013,12:12
23. Goodman, LA. Snowball Sampling. Annals of Mathematical Statistics. 1961;20:572-579.
24. Rothenberg, RB. Commentary: Sampling in Social Networks' Connections. 1995;18:104-110.
25. Baltar F, Brunet I. Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. Internet Research. 2012; 22(1):57-74.
26. SPRING/USAID. United States Agency for International Development - Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally Project. The KAP survey model (knowledge, attitudes and practices), 2011.
27. Sociedade Vegetariana Brasileira. Departamento de Saúde e Nutrição. Alimentação para bebês e crianças vegetarianas até dois anos de idade. Guia alimentar para a família. 2018.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União.
29. Von Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS, Leal MC. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do Sudeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2017;33(4):e00038516.
30. Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e pré-escolar: uma revisão crítica. J Pediatr (Rio de Janeiro) 2004;80(5):199-210.
31. Moura MS, Moura LFAD, Mendes RF. Dental caries in children under five years old in Teresina-PI. Ver Odontol UNESP. 2010;39(3):143-149
32. Cameron SL, Heath A-LM, Taylor RW. Healthcare professional's and mother's knowledge of, attitudes to and experiences with Baby-Led Weaning: a content analysis study. BMJ Open; 2012.
33. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de atualização: a alimentação complementar e o método BLW (Baby Led-Weaning). Departamento Científico de Nutrologia. Maio, 2017.
34. Quintaes KD, Amaya-Farfan J, Tomazini FM, Morgano MA, Mantovani DMB. Migração de minerais de painéis brasileiros de aço inoxidável, ferro fundido e pedra-sabão (esteatito) para simulantes de alimentos. Ciênc. Tecnol. Aliment. 2004;24(3):397-402.



35. Dantas ST, Saron ES, Dantas FBH, Yamashita DM, Kiyataka PHM. Determinação da dissolução de alumínio durante cozimento de alimentos em panelas de alumínio. *Ciênc. Tecnol. Aliment.* 2007;27(2):291-297.
36. Borigato VM, Martines FE. Conteúdo de ferro na dieta do lactente cozida em panela de ferro. *Jornal de Pediatria* 1995;71(2).
37. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA): Relatório de atividades de 2010. Gerência Geral de Toxicologia. AVISA; 2011.
38. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
40. Boog, MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência e Saúde* 2008;1(1):33-42.
41. Santos, LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas Contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(2):453-462.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

### **Colaboradores**

Nunes BS organizou a concepção e o desenho da pesquisa, coordenou a coleta de dados e realizou a análise e interpretação dos resultados, bem como a redação das versões preliminar e parciais do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Gubert MB orientou o processo de concepção e planejamento da pesquisa, colaborou com a organização da coleta de dados e a análise dos resultados e realizou as revisões parciais e final do artigo, além de participar da aprovação da versão final do manuscrito. Bortolini GA realizou a revisão da versão final do artigo.

Conflito de Interesses: as autoras declaram não haver conflito de interesses.

---

Recebido: 13 de junho de 2019

Revisado: 08 de agosto de 2019

Aceito: 06 de setembro de 2019