

PRÁTICAS DE MÃES E CUIDADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DOS DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Nayara Francisca Cabral de Sousa¹ 

Marly Javorski²

Gabriela Cunha Schechtman Sette²

Cleide Maria Pontes^{1,2}

Alessandro Henrique da Silva Santos²

Luciana Pedrosa Leal^{1,2}

¹Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar as práticas de mães e cuidadores na alimentação de crianças menores de um ano, de acordo com as recomendações dos dez passos para alimentação saudável.

Método: estudo transversal e analítico. Foram entrevistadas 151 mães ou cuidadores de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, entre julho e setembro de 2015. Para análise foi construído um escore de cumprimento dos dez passos para alimentação saudável. A regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para identificar os determinantes da prática alimentar inadequada.

Resultados: a mediana no cumprimento dos passos foi de 20%. Trabalho materno remunerado fora do lar, não residir com o companheiro e realizar menos de sete consultas em puericultura foram determinantes para a prática alimentar inadequada.

Conclusão: as práticas maternas e de cuidadores na alimentação das crianças foram consideradas inadequadas, devido ao baixo cumprimento no número de passos.

DESCRIPTORIOS: Comportamento alimentar. Nutrição do lactente. Cuidado da criança. Educação em saúde. Enfermagem.

COMO CITAR: Sousa NFC, Javorski M, Sette GCS, Pontes CM, Santos AHS, Leal LP. Práticas de mães e cuidadores na implementação dos dez passos para alimentação saudável. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28:e20170596. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0596>

PRACTICES OF MOTHERS AND CAREGIVERS IN THE IMPLEMENTATION OF THE TEN STEPS FOR HEALTHY FEEDING

ABSTRACT

Objective: to evaluate the practices of mothers and caregivers regarding the diet of children under one year of age, according to the recommendations of the ten steps for healthy feeding.

Method: a cross-sectional, analytical study. A total of 151 mothers/caregivers of children aged 12-23 months and 29 days who were registered in the Basic Health Units of the IV Health District in Recife, Pernambuco, Brazil, were interviewed between July and September 2015. For the purpose of analysis a ten-step compliance score for healthy feeding was constructed. Poisson regression with robust variance was performed to identify the determinants of inadequate feeding practices.

Results: the median of the steps was 20%. Paid maternal work outside the home, not living with the partner and performing less than seven childcare consultations were determinants of inadequate feeding practices.

Conclusion: The practices of the mothers and caregivers in relation to children's diet were considered inadequate due to the low compliance regarding the number of accomplished steps.

DESCRIPTORS: Feeding behavior. Infant nutrition. Child care. Health education. Nursing.

PRÁTICAS DE MADRES Y CUIDADORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS DIEZ PASOS PARA LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

RESUMEN

Objetivo: evaluar las prácticas de madres y cuidadores en la alimentación de niños menores de un año, de acuerdo con las recomendaciones de los diez pasos para alimentación saludable.

Método: estudio transversal y analítico. Se entrevistó a 151 madres/ cuidadores de niños de 12 a 23 meses y 29 días, registrados en las Unidades Básicas de Salud del Distrito Sanitario IV de la ciudad de Recife, Pernambuco, Brasil, entre julio y septiembre de 2015. Para el análisis se construyó una puntuación de cumplimiento de los diez pasos para la alimentación saludable. Se realizó una regresión de Poisson con varianza robusta para identificar los determinantes de la práctica alimentaria inadecuada.

Resultados: la mediana en el cumplimiento de los pasos fue del 20%. El trabajo materno remunerado fuera del hogar, no residir con el compañero y realizar menos de siete consultas en puericultura fueron determinantes para la práctica alimentaria inadecuada.

Conclusión: las prácticas maternas y de cuidadores en la alimentación de los niños fueron consideradas inadecuadas, debido al bajo cumplimiento en el número de pasos realizados.

DESCRIPTORES: Conducta alimentaria. Nutrición del lactante. Cuidado del niño. Educación en salud. Enfermeira.

INTRODUÇÃO

A alimentação saudável é fundamental para a criança, principalmente nos primeiros dois anos de vida.¹ Para promoção dessa prática, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e, a partir dessa idade, a oferta de outros alimentos de maneira complementar ao leite materno.¹

Práticas alimentares inadequadas nos primeiros dois anos de vida da criança repercutem negativamente em sua saúde, aumentam a susceptibilidade a infecções e contribuem para o surgimento de alterações nutricionais que incluem desde desnutrição e carência de micronutrientes até o excesso de peso e obesidade, cujas consequências podem perdurar até a vida adulta.¹

O risco de desenvolver distúrbios nutricionais na infância pode ser minimizado por meio da orientação alimentar de um profissional capacitado. O enfermeiro, responsável pelo acompanhamento da criança na atenção básica, deve compreender a alimentação infantil como prática complexa, que envolve fatores socioeconômicos, condições do domicílio e peridomicílio, comportamento materno, grau de escolaridade, presença do companheiro, condições de saúde e assistência à mãe e a criança.²

Para promover a alimentação infantil saudável e prevenir distúrbios nutricionais, o MS, baseado nas recomendações da OMS, disponibiliza aos profissionais e população ferramentas educativas com orientações alimentares, a exemplo do manual Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para menores de dois anos.¹ Esse material direciona a orientação sistemática da alimentação infantil pelos profissionais de saúde na consulta de puericultura, passíveis de adaptação à realidade de cada família.

A persistência de distúrbios nutricionais em menores de dois anos de idade¹ reforça a aplicação de protocolos institucionais para guiar os profissionais que atuam na atenção básica na promoção da alimentação saudável. Além de sua aplicação, investigar se as mães ou cuidadores seguem as recomendações realizadas nas consultas de puericultura pode nortear ações educativas pautadas no contexto familiar da criança. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar as práticas de mães e cuidadores na alimentação de crianças menores de um ano, de acordo com as recomendações dos dez passos para alimentação saudável.

MÉTODO

Estudo transversal e analítico, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) IV da cidade do Recife Pernambuco (Brasil). Esse distrito é subdividido em três microrregiões de saúde. A população do estudo foi composta pelas crianças de 12 a 23 meses e 29 dias cadastradas nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) vinculadas às UBS.

Para o cálculo amostral foi considerado o número de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias, cadastradas nas UBS do DS IV no mês de setembro de 2014 (N=1.291), faixa etária determinada para minimizar o viés recordatório da alimentação da criança no primeiro ano de vida. Para estimar a proporção esperada de inadequação foi utilizada a prevalência de introdução alimentar precoce (prática inadequada de alimentação infantil) de 90%, obtida em estudo realizado em município circunvizinho a cidade do Recife,³ erro máximo de 5%, significância de 95% e adicional de 20% para eventuais perdas. A amostra final foi constituída por 151 crianças.

A amostragem foi realizada em três etapas: na primeira foi aplicado um plano amostral estratificado por microrregião de saúde, proporcional ao número de crianças cadastradas na Estratégia de Saúde da Família; na segunda foi realizado um sorteio aleatório simples para selecionar as UBS necessárias para atingir o total de crianças de cada microrregião; e na terceira, foram sorteadas as crianças que participaram do estudo. Após esse sorteio, os Agentes Comunitários de Saúde

(ACS) agendavam a visita domiciliar para a realização da pesquisa. As crianças cujos responsáveis apresentassem dificuldades na compreensão das questões dos instrumentos, mesmo após a explicação do conteúdo foram excluídas.

No caso de recusa dos responsáveis em participar do estudo ou quando o responsável pela criança sorteada não fosse encontrado em seu domicílio, após três tentativas da equipe de pesquisa, o ACS indicava outro participante na mesma faixa etária de sua área adscrita em substituição.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas no domicílio dos participantes entre julho e setembro de 2015, utilizando um instrumento estruturado em dois formulários: o primeiro contendo variáveis sociodemográficas, habitacionais, maternas, de saúde da criança, assistência, orientação e estratégias educativas. O segundo, subdividido em dez tópicos, para identificar as etapas da introdução da alimentação complementar a partir do manual “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos”,¹ acrescido de um recordatório alimentar de 24 horas contendo questões a respeito da quantidade, conteúdo e variedade das refeições da criança. Esse formulário teve seu conteúdo validado por oito especialistas.⁴

As variáveis sociodemográficas analisadas foram sexo da criança, renda familiar, categorizada de acordo com o salário mínimo de R\$ 788,00 vigente em 2015 e os índices econômico e ambiental. O índice econômico, criado por meio de um modelo adaptado,⁵ foi composto pelos bens de consumo disponíveis no domicílio. A partir da soma dos pontos atribuídos aos bens de consumos foi estabelecido o escore: 15 ou mais pontos=4; 10 a 14=3; 4 a 9=2; e, de 1 a 3=1 ponto.⁵ A frequência da distribuição da variável variou de 6 a 8 pontos, sendo o índice categorizado em: até 6 - pior situação, 7 - situação intermediária e 8 - melhor situação.

O índice ambiental foi baseado em um modelo⁶ e incluiu as variáveis destino dos dejetos, destino do lixo, abastecimento de água, tratamento da água de beber e regime de ocupação da moradia, de modo que a condição mais desfavorável recebeu valor 0 e a mais favorável valor 1. A pior situação ambiental encontrada somou 3 pontos - desfavorável; a intermediária, 4 pontos - parcialmente favorável; e a melhor situação, 5 pontos - favorável.

As variáveis maternas analisadas foram a idade, escolaridade, trabalho remunerado fora do lar, presença do companheiro no domicílio, número de consultas pré-natal ≥ 6 ou < 6 e amamentação do último filho. As relativas à criança foram peso ao nascer ≥ 2500 g ou < 2500 g, amamentação na primeira hora de vida, número de consultas de puericultura ≥ 7 ou < 7 e responsável pela criança quando a mãe está no trabalho, categorizada em rede social primária, representada pelo marido, mãe, avó, sogra, irmãos e vizinhos e secundária, quando os cuidadores eram de instituições de cuidados infantis.

Para investigar as práticas de educação em saúde foram avaliadas as variáveis orientação sobre aleitamento no pré-natal, investigação sobre conhecimentos prévios em alimentação complementar, adesão as orientações sobre alimentação recebidas na consulta de puericultura, estratégia empregada na orientação alimentar, esclarecimento de dúvidas sobre alimentação complementar e ferramenta educativa aplicada na orientação.

A introdução da alimentação complementar foi analisada por meio de um escore de prática alimentar adequada, construído com base na principal recomendação de cada um dos dez passos. A cada passo realizado foram atribuídos dez pontos, e o valor do escore foi baseado na soma de todos os passos, totalizando 100 pontos para aquelas mães ou cuidadores que realizassem corretamente os Dez Passos para Alimentação Saudável.¹

A normalidade da distribuição dos escores de prática alimentar adequada foi testada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, com significância de 5%. Como a variável não apresentou distribuição normal, optou-se por analisar os dados pela mediana dos escores da prática alimentar, categorizada em dois grupos, igual ou acima da mediana (adequada) ou menor que a mediana (inadequada), sendo considerada variável dependente.

Para análise bivariada entre os escores de prática alimentar adequada e as variáveis independentes foi utilizado o teste qui-quadrado e quando os pressupostos deste teste não permitiam a sua aplicação, o teste exato de Fisher, com significância estatística de 5%. As variáveis com $p < 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla.

Na análise múltipla as variáveis foram agrupadas de acordo com um modelo conceitual hierárquico adaptado,² organizado em quatro níveis, conforme a magnitude de associação com o desfecho (Figura 1).

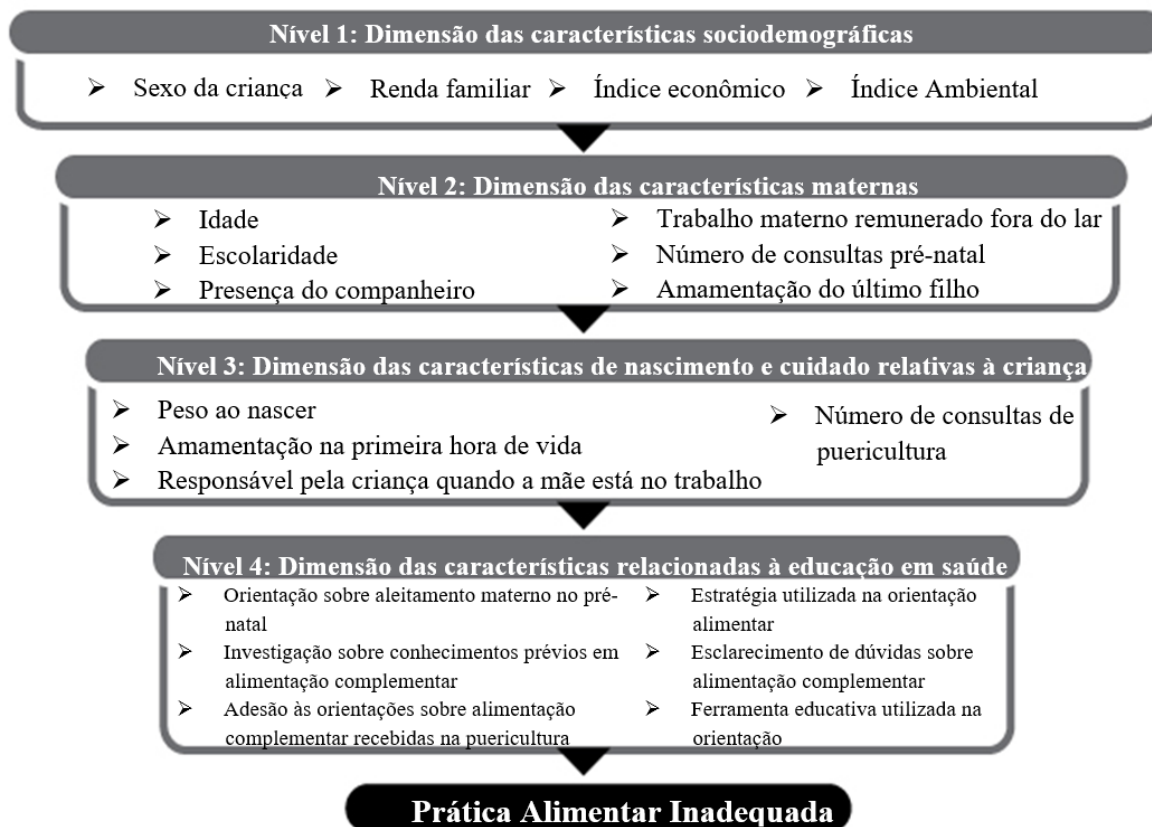


Figura 1 - Modelo hierárquico causal da prática inadequada da alimentação infantil.² Recife, PE, Brasil, 2015

O modelo de regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado para investigar a influência das variáveis independentes na determinação da Prática Alimentar Inadequada, definida pelos menores escores de cumprimento dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável. Foi utilizado o método *backward*. Nenhuma variável do primeiro nível foi incluída no modelo. Inicialmente, foram acrescentadas ao modelo as variáveis do segundo nível, sendo progressivamente excluídas aquelas com maior valor de p , até que todas as variáveis que apresentassem $p < 0,20$ permanecessem no modelo. Em seguida, foram adicionadas as variáveis do terceiro nível e posteriormente do quarto nível, procedendo-se a exclusão das variáveis segundo o mesmo critério. As variáveis com $p < 0,05$ em cada nível foram consideradas significantes. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald, estimando-se as razões de prevalência ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança.

Os dados foram digitados com dupla entrada no Programa Epi Info, versão 3.5.2. Após a validação da digitação, a análise foi realizada no programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 18.0.

RESULTADOS

A distribuição das crianças por sexo foi semelhante e 58,9% se encontrava na faixa etária de 12 a 18 meses de idade. Em relação ao peso do nascimento, apenas 6,6% das crianças possuíam baixo peso.

Entre as variáveis maternas, verificou-se que 54,3% das mães estavam com idade de 21 a 30 anos (média 21,5, desvio padrão, (DP) =0,72), 63,6% tinham mais de nove anos de estudo, 45% viviam em união consensual e 19,9% eram casadas. O trabalho materno fora do lar era exercido por 26,5% das mães, e a figura mais referida para o cuidado da criança enquanto a mãe estava no trabalho foram os membros da rede social primária. Em relação aos índices, 51,7% e 63,6% das famílias obtiveram a melhor pontuação na condição econômica e ambiental, respectivamente.

O valor máximo encontrado do escore de práticas alimentares adequadas foi 80,0% com mediana de 20,0%. Os passos mais realizados pelas mães foram o 10 (43,7%) que corresponde a alimentação da criança nos períodos de doença, 5 e 7 (40,4%) que estão relacionados à consistência da refeição e à alimentação variada respectivamente, e o passo 2 (36,4%) que representa a introdução de alimentos complementares aos seis meses de idade completos. O passo que apresentou menor adesão foi o 8, que corresponde a evitar o consumo de produtos industrializados durante os primeiros anos de vida (Tabela 1).

Tabela 1 - Adesão aos dez passos para alimentação infantil saudável por mães ou cuidadores de crianças no primeiro ano de vida. Recife, PE, Brasil, 2015

Variáveis	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses.	40 (26,5%)	111 (73,5%)
Passo 2 – Introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos.	55 (36,4%)	96 (63,6%)
Passo 3 – Dar alimentos complementares três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.	24 (15,8%)	127 (84,2%)
Passo 4 – Oferecer alimentação complementar de acordo com os horários da família, respeitando o apetite da criança.	5 (3,3%)	146 (96,7%)
Passo 5 – Iniciar alimentação com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar a alimentação da família.	61 (40,4%)	90 (59,6%)
Passo 6 – Oferecer à criança uma alimentação variada.	4 (2,6%)	147 (97,4%)
Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, legumes e verduras.	61 (40,4%)	90 (59,6%)
Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	1 (0,7%)	150 (99,3%)
Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo, manuseio, armazenamento e conservação dos alimentos.	39 (25,8%)	112 (74,2%)
Passo 10 – Oferecer à criança doente e convalescente sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos.	66 (43,7%)	85 (56,3%)

Na análise bivariada foram selecionadas as seguintes variáveis para análise múltipla: trabalho materno fora do lar, presença do companheiro e número de consultas pré-natal do segundo nível; peso ao nascer, número de consultas de puericultura e responsável pela criança quando a mãe está no trabalho, no terceiro nível. No quarto nível, adesão às orientações sobre alimentação na consulta de puericultura, estratégia e ferramenta educativa utilizada na orientação alimentar.

Na análise multivariada permaneceram significantes no modelo como determinantes da prática alimentar infantil inadequada as variáveis: trabalho materno fora do lar, não residir com o

companheiro; realizar menos de sete consultas de puericultura quando comparado à realização de sete ou mais (Tabela 2).

Tabela 2 - Razão de prevalência ajustada dos escores de prática alimentar de crianças no primeiro ano de vida segundo fatores maternos e relativos à criança. Recife, PE, Brasil, 2015

Variáveis	RP	IC(95%)	p-valor*
Trabalho materno fora do lar			
Sim	0,57	1,01 – 2,43	0,044*
Não	1,00	-	-
Presença do companheiro			
Sim	1,00	-	-
Não	0,65	1,05 – 2,59	0,028*
Número de consultas puericultura			
Menos que 7 consultas	1,64	1,34 – 5,21	0,005*
7 ou mais	1,00	-	-

*p-valor dos testes de Wald.

DISCUSSÃO

Neste estudo, as práticas maternas na alimentação de crianças menores de dois anos foram inadequadas, visto que as mães ou cuidadores cumprem menos da metade das recomendações dos dez passos para alimentação infantil saudável. Exercer trabalho remunerado fora do lar, não residir com o companheiro, realizar menos de sete consultas de puericultura estão associados à prática alimentar inadequada em lactentes.

A baixa adesão das mães ou cuidadores aos dez passos para uma alimentação saudável em menores de dois anos foi confirmada pela mediana de cumprimento de apenas dois passos. A situação identificada é semelhante a encontrada há mais de uma década na mesma região,⁷ na qual a maioria das crianças não recebia a alimentação adequada à sua idade, embora as mães recebessem orientações verbais e escritas no serviço avaliado, o que pode estar relacionado ao método aplicado nas ações de educação em saúde direcionadas à população. Essa realidade não difere da encontrada na região Sul do país, onde o cumprimento dos passos varia de 6,7% a 62,3%.⁸

No que diz respeito à adesão aos passos, o mais executado pelas mães ou cuidadores foi a alimentação em situações de adoecimento. Durante os períodos de doença, a criança necessita aumentar a quantidade de alimento ingerido para não perder peso e acelerar sua recuperação.¹ A adesão a essa recomendação pode ser explicada pela valorização cultural da alimentação, pois, frequentemente, quando a criança adoecer, as mães ou cuidadores preparam alimentos de sua preferência, preocupados com a repercussão da inapetência na sua saúde.

O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida foi prática de apenas 26,5% das mães ou cuidadores, valor inferior ao encontrado em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal em 2008.⁹ Apesar das iniciativas já implantadas no Brasil, como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente, aprovação da Licença Maternidade de 120 dias, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e do crescimento dessa prática nos últimos 30 anos no país, sua prevalência ainda é inferior ao recomendado pela OMS.¹⁰

Os primeiros alimentos diferentes do leite materno oferecidos ao lactente devem ser pastosos (passo 5), com o aumento gradativo de sua consistência, até chegar à alimentação da família.¹ Neste estudo, as mães ou cuidadores ofereceram refeições liquidificadas às crianças durante o primeiro ano de vida. A oferta de alimentos liquidificados é uma prática bastante comum, justificada pelo

receio de engasgos e facilidade no oferecimento⁹ embora essa conduta seja contraindicada devido ao risco de super diluição, com conseqüente redução na oferta calórica.¹

A alimentação do lactente deve ser constituída por uma variedade de frutas, verduras e legumes para suprir as necessidades de fibras, vitaminas, minerais e ferro.¹ Apesar das mães ou cuidadores desse estudo oferecerem diariamente frutas, legumes e verduras, o consumo alimentar de crianças de 6 a 72 meses é caracterizado pela baixa frequência na ingestão de alimentos naturais e elevado consumo de produtos industrializados,¹¹ o que pode comprometer a ingestão de nutrientes importantes para manter a velocidade do crescimento e desenvolvimento nessa fase.

A introdução de produtos ultraprocessados na dieta infantil no primeiro ano de vida foi a prática inadequada mais executada pelas mães ou cuidadores. Logurte do tipo *petit suisse*, pipoca industrializada, adição de açúcar nos sucos, salgadinhos, e biscoito recheado foram os alimentos mais oferecidos. O consumo de alimentos industrializados tem início nos primeiros seis meses de vida da criança, constituindo-se ainda como uma prática comum no Brasil e em outros países do mundo, elevando os riscos de excesso de peso na infância.⁹

Quanto à diversidade alimentar, a característica principal da dieta dos lactentes foi a monotonia alimentar, com um cardápio marcado pela presença do leite e dos carboidratos,¹¹ devido a representação social desses alimentos como importantes para o crescimento da criança.¹² O consumo excessivo de leite interfere na aceitação de outros grupos alimentares, aumentando a quantidade de calorias por refeição e, conseqüentemente, o risco de excesso de peso e obesidade.¹³ Associado a isto, a prevalência de amido na dieta das crianças avaliadas, neste estudo, pode estar vinculada à crença do mingau como alimento forte,¹¹ que devido a praticidade no seu preparo, oferecimento e sabor adocicado garante maior saciedade e aceitação por parte da criança.

Os hábitos alimentares, estabelecidos nos primeiros anos de vida, decorrem da interação da criança com a mãe ou cuidador.¹ O sedentarismo materno e o maior tempo de uso de aparelhos eletrônicos estão associados a menor ingestão de frutas, legumes e verduras e ao maior consumo de alimentos ultraprocessados,¹³ interferindo na alimentação de seu filho.

Outro fator relacionado ao consumo alimentar da criança é a disponibilidade de alimentos no domicílio, devido a sua interferência na aquisição e prática alimentar da família¹⁴ e, conseqüentemente, no estado nutricional das crianças que residem no domicílio. Famílias com menor poder aquisitivo tendem a consumir mais produtos industrializados, devido ao baixo custo, associado a maior disponibilidade desses produtos próximos as suas residências.¹⁵ Participantes que possuíam renda familiar de um ou mais salários mínimos apresentaram menores medianas de prática alimentar, apesar de não ter sido encontrada significância estatística, indo de encontro ao que está posto na literatura.

No segundo nível do modelo a ausência do companheiro foi associada a menores escores de prática alimentar adequada. A presença do cônjuge influencia positivamente a amamentação¹⁶ e, conseqüentemente, na dieta infantil, possivelmente porque a mulher sente-se mais apoiada e segura nas tomadas de decisões relacionadas à saúde de seu filho. Nas primeiras semanas após o parto, o apoio e incentivo da rede social da mulher, como o marido, avós, demais membros da família e amigos podem auxiliar nas dificuldades relativas à amamentação¹⁷ e influenciar positivamente na manutenção do aleitamento materno.¹

A inserção da mulher no mercado de trabalho e a busca por instituições de cuidado e educação para seus filhos interferiu negativamente no padrão alimentar dessas crianças.¹⁸⁻¹⁹ Em alguns casos, a alimentação em creches é oferecida por profissionais responsáveis pelo cuidado de várias crianças simultaneamente e com pouca habilidade na introdução de alimentos na dieta infantil,²⁰ o que dificulta ainda mais a aceitação alimentar nas fases de transição.

A permanência das crianças em creches e hoteizinhos por longos períodos de tempo pode acarretar em dificuldades na aceitação do cardápio da família, visto que o lactente tende a se habituar

à presença do cuidador responsável por suas refeições e ao modo de preparo dos alimentos da instituição, que pode diferir daquele do domicílio. Por outro lado, o contato e a observação, de outras crianças sendo alimentadas em um mesmo ambiente, instiga a aceitação da dieta por crianças com neofobias alimentares.

No modelo final, quando incluídas as variáveis dos níveis proximais, verificou-se que realizar menos de sete consultas de puericultura associou-se à prática alimentar inadequada. Esse resultado reforça a competência e habilidade do enfermeiro e de outros profissionais no aconselhamento das mães de crianças em fase de transição nutricional,²¹ porque possibilita o acompanhamento infantil de maneira sistemática, intervindo precocemente nas situações que caracterizam os erros alimentares.

Nesse estudo, as ações de educação em saúde não permaneceram no modelo final como determinantes da prática alimentar saudável. Entretanto, desenvolver boas técnicas de comunicação e escuta qualificada melhora a adesão às orientações fornecidas.²¹ Ademais, as intervenções educativas sobre alimentação complementar possuem efeito positivo no aumento dos escores do cumprimento dos dez passos,⁸ ressaltando a importância dessa prática na promoção da alimentação infantil saudável.

Apesar dos dez passos ser uma estratégia de auxílio lançada no Brasil há mais de uma década, ainda são poucos os estudos que avaliam seu cumprimento nas diversas regiões do país. Essa avaliação direciona a capacitação dos profissionais e a adequação das orientações às necessidades de saúde das crianças, estratégias efetivas para aumentar a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de idade e a melhora das práticas relacionadas à alimentação nos primeiros dois anos de vida.²²

CONCLUSÃO

Neste estudo, as práticas de mães e cuidadores na alimentação de crianças menores de um ano foram inadequadas, devido ao baixo cumprimento das ações recomendadas pela OMS para alimentação infantil saudável.

A presença do companheiro, o acompanhamento infantil realizado conforme recomendação do MS por meio das consultas de puericultura durante o primeiro ano de vida e não trabalhar fora do lar influenciam a mãe ou cuidador no cumprimento dos dez passos e, conseqüentemente na prática alimentar adequada.

Os resultados deste estudo reforçam a competência do enfermeiro no aconselhamento nutricional e a importância da educação em saúde na construção de boas práticas alimentares infantis, realizados, sobretudo, nas consultas de puericultura. A partir do diagnóstico da inadequação da prática materna na alimentação de seus filhos, sugere-se a realização de novos estudos que investiguem a repercussão desse comportamento no estado nutricional infantil e junto com esses resultados direcionem a elaboração de estratégias educativas eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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 de saúde na atenção básica [Internet]. Brasília, DF; 2014 [acesso 2015 Jul 13]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_alimentacao_saudavel_menores_2anos_1edicao.pdf
2. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Feeding practices and factors associated with early introduction of complementary feeding of children aged under six months in the northwest region of Goiânia, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 20]; 24(3):465-74. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>

3. Andrade GMSC. Alimentação complementar de crianças assistidas pela estratégia de saúde da família no município de Vitória de Santo Antão-PE [dissertação na Internet]. Vitória de Santo Antão (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2013 [acesso 2015 Jul 13]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11244>
4. Pasquali L. Principles of elaboration of psychological scales. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998; 25(5):206-13.
5. Issler RMS, Giugliani ERJ. Identification of the groups most vulnerable to infant malnutrition through the measuring of poverty level. *J Pediatr* [Internet]. 1997 [acesso 2015 Out 14]; 23(2):101-5. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/97-73-02-101/port.pdf>
6. Oliveira LPM, Barreto ML, Assis AMO, Braga-Júnior ACR, Nunes MFFP, Oliveira NF *et al*. Determinants of linear growth retardation in Brazilian preschool children: a multilevel approach. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Dez 20]; 23(3):601-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300019>
7. Santos CS, Lima LS, Javorski M. Factors that interfere in the food transition in children aged between five and eight months: an investigation of the childcare system in Recife, Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Dez 20]; 7(4):373-80. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000400004>
8. Nunes LM, Vigo A, Oliveira LD, Giugliani ERJ. 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* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Dez 20]; 33(6):1-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00205615>
9. Saldiva SRDV, Venancio SI, Santana AC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutr J* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Dez 20]; 13:33. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-2891-13-33>
10. Uema RTB, Souza SNDH, Mello DF, Capellini VK. Prevalence and factors associated with breastfeeding in Brazil between the years 1998 and 2013: a systematic review. *Semina* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 20]; 36(1):349-62. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1Suplp349>
11. Karnopp EVN, Vaz JS, Schafer AA, Muniz LC, Souza RLV, Santos I, *et al*. Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. *J Pediatr* [Internet] 2017 [acesso 2017 Dez 20]; 93(1):70-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.04.007>
12. Lima APE, Javorski M, Amorim RJM, Oliveira SC, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães de adolescentes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Dez 20]; 67(6):965-71. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670615>
13. Yeung S, Chan R, Li L, Leung S, Woo J. Bottle milk feeding and association with food group consumption, growth and socio-demographic characteristics in Chinese young children. *Mater Child Nutr* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Dez 20]; 13(3):1-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/mcn.12341>
14. Martins APB, Monteiro CA. Impact of the Bolsa Familia program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Dez 20]; 16: 827 <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3486-y>.
15. Fechine ADL, Machado MMT, Lindsay AC, Fechine VAL, Arruda CAM. Parents' and teachers' perceptions of processed foods impact on child health. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2015 [acesso 2015 Nov 25]; 28(1): 16-22. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428003>.

16. Marques RFSV, Taddei JAAC, Konstantyner T, Lopez FA, Marquez ACV, Oliveira CSO, *et al.* Antropometric indices and exclusive breastfeeding in the first six months of life: a comparison with reference standards NCHS, 1977 and WHO, 2006. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 20]; 10(20). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s13006-015-0045-6>
17. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Factors related to exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 20]; 23(2):132-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020072>
18. Sousa AM, Fracoli LA, Zoboli ELCP. Family practices related to breast-feeding maintenance: literature review and meta-synthesis. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [acesso 2015 Nov 14]; 18(2):545-52. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000800008
19. Mariz LS, Enders BC, Santos VEP, Tourinho FSV, Vieira CENK. Causes of infantile-juvenile obesity: reflexions based on the Theory of Hannah Arendt. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 20]; 24(3):891-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002660014>
20. Konstantyner T, Konstantyner TCRO, Toloni MHA, Longo-Silva G, Taddei JAAC. Challenges in the management of nutritional disorders and communicable diseases in child day care centers: a quantitative and qualitative approach. *Global Health Promotion* 2015 [acesso 2017 Dez 20]; 24(1):34-42. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-12-66>
21. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, Yasuoka J. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices of children age sixth months to two years: a systematic review. *Nutrition J* [Internet]. 2013 [acesso 2015 Nov 14]; 12(1):S66. Disponível em: <http://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-12-66>
22. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama C. The impact of health workers' training on breastfeeding and complementary feeding practices *Cad Saúde Pública* [Internet] 2014 [acesso 2017 Dez 20]; 30(8):1695-707. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00186913>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Práticas maternas na implementação dos dez passos para alimentação saudável no primeiro ano de vida, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em 2016.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Sousa NFC, Javoski M, Santos AHS, Leal LP.

Análise e interpretação dos dados: Sousa NFC, Javoski M, Santos AHS, Leal LP.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Sousa NFC, Javoski M, Sette GCS, Pontes CM, Leal LP.

Revisão e aprovação final da versão final: Sousa NFC, Leal LP.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob parecer n. 1.052.807, CAAE 43745015.2.0000.5208.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 22/12/2017

Aprovado: 13/04/2018

AUTOR CORRESPONDENTE

Nayara Francisca Cabral de Sousa

nayarafcsousa@gmail.com