



ORIGINAL ARTICLE

THE TEN STEPS TO HEALTHY EATING IN CHILDREN UNDER TWO YEARS OLD
ACCOMPANIED BY A STRATEGY OF FAMILY HEALTH: PRACTICAL OR DREAM?OS DEZ PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS
ACOMPANHADAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICA OU UTOPIA?LOS DIEZ PASOS PARA UNA ALIMENTACIÓN SANA EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS, ACOMPAÑADOS DE UNA
ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: PRÁCTICA O UTOPIA?Andreza Cristina Gomes¹, Joana Carvalho de Andrade Lima², Marli Javorski³

ABSTRACT

Objective: to investigate the adherence of mothers/caregivers to the recommendations of the 10 steps to a healthy eating in children less than two years-old, followed by the family health units in the municipality of Paulista, Pernambuco.

Methodology: this is about a descriptive and exploratory study from qualitative approach. Data comes from 32 mothers/caregivers of children aged six to twenty-four months who were assisted by the Family Health Strategy in the municipality of Paulista-PE. We collected the data through the use of an interview with closed and opened questions. The project was approved by the Committee of Ethics in Research involving Human Beings of the Center for Health Sciences at the Federal University of Pernambuco, protocol No. 338/09. For the analysis of the data we used simple statistics, with percentages and absolute values. **Results:** approximately 88% of caregivers were the mothers and 78,1% of the caregivers were not working outside their homes. Over 81% of caregivers reported adherence to the 6th, 7th, and 10th steps to healthy eating in children, but just 18.75% of them followed the 1st step and 12.5% the 2nd step. **Conclusion:** we found greater adherence to only three steps, which were the 6th, 7th and 10th, comprising the offer of a varied diet, the daily offer of fruits and vegetables and the encouragement of feeding when the child is sick, respectively. **Descriptors:** breast feeding, child nutrition, public health.

RESUMO

Objetivo: investigar a adesão das mães/cuidadores às recomendações dos 10 passos para a alimentação saudável em crianças menores de dois anos, acompanhadas em unidades de saúde da família no município de Paulista, Pernambuco.

Metodologia: estudo descritivo, exploratório e com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada com 60 mães/cuidadores de crianças de zero a dois anos assistidas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Paulista-PE. Utilizou-se uma entrevista com questões fechadas e abertas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, protocolo N° 338/09. Para a análise dos dados foi utilizada estatística simples com valores percentuais e absolutos. **Resultados:** aproximadamente 88% dos cuidadores eram a genitora e 78,1% não trabalhavam fora de casa. Acima de 81% dos cuidadores referiram adesão ao 6º, 7º e 10º passos para a alimentação saudável da criança, porém apenas 18,75% destes seguiram o 1º passo, e 12,5% o 2º. **Conclusão:** houve maior adesão apenas a três passos (6º, 7º e 10º) que compreendem, respectivamente, a oferta de uma alimentação variada, oferta diária de frutas, verduras e legumes e estímulo da alimentação da criança doente. **Descritores:** aleitamento materno; nutrição da criança; saúde pública.

RESUMEN

Objetivo: investigar la adhesión de las madres/cuidadores a las recomendaciones de los diez pasos para una alimentación sana en niños menores de dos años, por parte de de las madres y cuidadores, acompañados por las unidades de salud de la familia en el municipio de Paulista, Pernambuco. **Metodología:** estudio descriptivo y exploratorio mediante una aproximación cualitativa. La colecta de datos fue realizada con 60 madres y cuidadores de niños de seis a veinticuatro meses, quienes fueron asistidos por la Estrategia de Salud Familiar en el municipio de Paulista-PE. Recolectamos los datos a través del uso de una entrevista con preguntas cerradas y abiertas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa con seres humanos del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Pernambuco, protocolo n. 338/09. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística simple, con el uso de porcentajes y valores absolutos. **Resultados:** aproximadamente el 88% de los cuidadores eran las madres, el 78,1% de los cuidadores no trabajaban fuera de casa, más del 81% de los cuidadores informaron de la adhesión a lo sexto, séptimo y décimo pasos a la comida saludable del niño, pero sólo el 18,75% de estos siguieron el primero paso, y el 12,5% el segundo. **Conclusión:** hubo más adhesión a sólo tres (sexto, séptimo y décimo), los cuales comprenden la administración de una dieta variada; el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas; y la estimulación a la alimentación de los niños enfermos, respectivamente. **Descritores:** lactancia materna; nutrición del niño; salud pública.

^{1,2}Graduandas em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: dezacristinag@hotmail.com; joana.calima@gmail.com; ³Mestre em Saúde Pública. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Recife (PE), Brasil. E-mail: marly_11@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O cuidado com a alimentação da criança é fundamental para a promoção de sua saúde. A nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser vistas por uma única perspectiva, pois o significado de nutrir, de comer ultrapassa o mero ato biológico.¹ As práticas alimentares referentes à amamentação e à alimentação da família são permeadas pelo aprendizado materno construído a partir de experiências, vivências e conhecimentos que variam de acordo com as condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica, além da influência dos hábitos urbanos de consumo. Portanto, se esses conhecimentos maternos forem errôneos, eles irão interferir na nutrição e, consequentemente, na saúde das crianças, o que acarretará danos diversos para ela.¹

Alimentação e nutrição adequadas são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças brasileiras.² Pensando nisso, o Ministério da Saúde (MS) criou o guia alimentar para crianças menores de dois anos com o objetivo de capacitar tecnicamente os diversos profissionais que trabalham com a alimentação infantil.

A construção de novos conhecimentos sobre o leite humano e a idade ideal para complementação da amamentação possibilitou a elaboração e posterior implementação dos dez passos para a alimentação saudável através da publicação do guia alimentar para crianças menores de dois anos, que mostrou significativo impacto para a melhoria de alguns aspectos da saúde infantil, tais como aleitamento materno, práticas alimentares e morbidade).³

Desenvolver, implementar e validar os guias alimentares infantis contribui para a saúde pública como uma ferramenta de educação nutricional. Além disso, devido às mudanças nos padrões nutricionais ocorridas nos últimos anos, os guias têm como objetivo promover hábitos saudáveis, ajustando as recomendações de energia e nutrientes de cada faixa etária, respeitando a cultura de cada país. Como consequência, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.⁴

São muitos os transtornos que podem vir a acometer a saúde da criança se a sua alimentação, principalmente nos dois primeiros anos de vida, for feita de maneira inadequada. Para que isso não aconteça, deve-se seguir adequadamente os dez passos preconizados pelo Ministério da Saúde.²

Percebe-se que, quando as mães são instruídas sobre o manejo correto da alimentação de suas crianças, ocorre melhoria de algumas práticas alimentares. Porém, essa melhoria esbarra em fatores socioeconômicos, sofrendo influência direta deles, já que existe forte associação entre as condições de vida e a prática alimentar em crianças menores de dois anos.⁵⁻⁶

O guia alimentar para crianças menores de dois anos, proposto pelo Ministério da Saúde, pode ter recomendações que se tornem utópicas, visto que a prática da alimentação complementar tem fatores culturais e socioeconômicos que podem intervir na alimentação da criança. Os profissionais de saúde, por exemplo, muitas vezes podem se sentir frustrados por recomendar cardápios que não são seguidos pelas mães/cuidadores.

Apesar de todo o conhecimento científico sobre a importância da alimentação adequada para crianças menores de dois anos, existem ainda muitos empecilhos para a sua total implementação, pois ela envolve crenças, hábitos, costumes, influências culturais e, por vezes, falta de capacitação dos profissionais de saúde que trabalham com a alimentação infantil.⁷⁻⁹

A tentativa de compreender como os dez passos para alimentação saudável para crianças menores de dois anos são seguidos pelas mães/cuidadores pode constituir a chave para o sucesso da alimentação complementar. Os resultados desse estudo poderão trazer novos subsídios sobre o assunto, fato que poderá gerar benefícios para a população e profissionais de saúde, visto que o conhecimento do tema é recente e ainda há muito a explorar. Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo investigar a adesão das mães/cuidadores às recomendações dos 10 passos para a alimentação saudável em crianças menores de dois anos. Elas foram acompanhadas em unidades de saúde da família no município de Paulista, Pernambuco.

MÉTODO

A pesquisa foi do tipo quantitativa, delineada em um estudo descritivo exploratório e realizada com três equipes de Saúde da Família no município de Paulista-PE.¹⁰ Configurou-se como população da pesquisa mães/cuidadores de crianças menores de dois anos, acompanhadas pela E.S.F residentes no referido território. A amostra foi do tipo não probabilístico e intencional. Fizeram parte da amostra 32 sujeitos.

A coleta se deu no período de março a maio de 2010. Foi utilizada a técnica de entrevista, com um roteiro adaptado do questionário da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal do Ministério da Saúde, de caráter individual quantitativo, com 64 perguntas, entre elas 53 fechadas e 11 abertas, distribuídas em sete partes: dados de identificação, identificação da criança, identificação da mãe/cuidador, condições socioeconômicas, aleitamento materno, alimentação complementar e recordatório da alimentação da criança nas últimas 24 horas. Para clarear a investigação do recordatório de 24 horas, foi solicitado às mãe/cuidadores que apontassem nas gravuras os alimentos já oferecidos às crianças. Essa técnica contribuiu para verificar especialmente o 6º, 7º e 8º passos.

Antes de se dar início à coleta de dados, o instrumento foi testado em um estudo piloto para avaliar a adequação do mesmo aos objetivos da pesquisa. A partir dos resultados foram feitas as alterações necessárias.

Os dados foram tabulados pelo programa Microsoft Office Excel 2007, apresentados quantitativamente através de uma figura e quatro tabelas.

A coleta de dados foi realizada após os sujeitos assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), protocolo N° 338/09.

RESULTADOS

Tabela 01. Caracterização socioeconômica dos cuidadores das crianças menores de dois anos acompanhadas na E.S.F. Paulista - PE, mar/mai 2010.

Variáveis	N= 32	%
Grau de parentesco		
Genitora	28	87,5
Tia	02	6,3
Avó	01	3,1
Outros	01	3,1
Escolaridade		
Fundamental Completo	01	3,1
Fundamental Incompleto	04	12,5
Médio Completo	21	65,7
Médio Incompleto	04	12,5
Superior Completo	01	3,1
Superior Incompleto	01	3,1
Renda Familiar		
Sem renda	02	6,2
≤ 1 salário mínimo	03	9,4
1 salário mínimo	11	34,4
2 salários mínimos	08	25,0
> 2 salários mínimos	08	25,0
Idade do cuidador		
20 -24 anos	09	28,1
≥ 25 anos	23	71,9
Trabalho fora do lar		
Sim	07	21,9
Não	25	78,1

A tabela 1 expressa que 87,5% das crianças eram cuidadas pelas próprias genitoras, 65,7% dos entrevistados relataram ter concluído o ensino médio, 34,4% declarou possuir renda

familiar de 1 salário mínimo, 71,9% possuíam idade acima de 25 anos e 78,1% não exerciam atividade fora do lar.

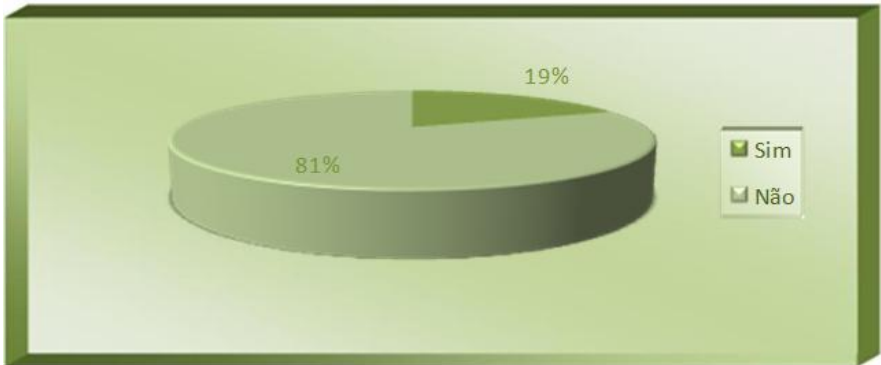


Figura 1. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de seis a vinte quatro meses acompanhadas na E.S.F. Paulista - PE, mar/mai 2010.

De acordo com os dados da figura 1, 81,% das crianças não receberam o AME até o sexto mês.

Tabela 2. Cumprimento do 2º, 3º e 4º passos para a alimentação saudável em crianças menores de 2 anos acompanhadas em um E.S.F. Paulista - PE, mar/mai 2010.

Variáveis	n=32	%
Introdução lenta e gradual dos alimentos		
Sim	4	12,5
Não	28	87,5
Oferta de três refeições para crianças amamentadas		
Sim	7	43,8
Não	9	56,2
Oferta de cinco refeições se criança desmamada		
Sim	3	18,8
Não	13	81,2
Alimentação complementar sem rigidez de horário		
Sim	7	21,9
Não	25	78,1

Os dados da tabela 2 expressam a adesão das mães de crianças entre seis e 24 meses ao 2º passo (oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos), ao 3º passo (dar alimentos complementares três vezes ao dia se a criança recebe leite materno e cinco vezes para as crianças desmamadas) e ao 4º passo (oferecer a alimentação sem rigidez de horário). A

maioria dos sujeitos do estudo (87,5%) informou que a introdução dos alimentos não foi feita de forma lenta e gradual. Um percentual semelhante das crianças desmamadas não recebia as cinco refeições (81,2%) e a alimentação era oferecida em horários fixos para 78,1% das crianças.

Tabela 3. Cumprimento do 5º, 6º e 7º passos para a alimentação saudável em crianças menores de 2 anos acompanhadas em um E.S.F. Paulista - PE, mar/mai 2010.

Variáveis	n= 32	%
Alimentação complementar espessa/colher		
Sim	10	31,2
Não	22	68,8
Alimentação Variada		
Sim	30	93,8
Não	02	6,2
Consumo diário de frutas/verduras/legumes		
Sim	26	81,2
Não	06	18,8

A análise da tabela 3 remete inicialmente ao 5º passo, no qual a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher. Deve-se começar com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar até se igualar à da família. Os dados indicam que 68,8% dos cuidadores informaram não oferecer a alimentação complementar espessa e na colher. No que se refere ao 6º

passo, que consiste em oferecer diferentes alimentos ao dia, a maioria das crianças (93,8%) tinha uma alimentação variada. O 7º passo recomenda o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições e um percentual significativo (81,2%) das crianças consumia frutas, verduras e legumes diariamente.

Tabela 04. Cumprimento do 8º, 9º e 10º passos para a alimentação saudável em crianças menores de dois anos acompanhadas em um E.S.F. Paulista - PE, mar/mai 2010.

Variáveis	n= 32	%
Consumo de frituras/enlatados/guloseimas		
Sim	26	81,2
Não	06	18,8
Adequado armazenamento dos alimentos		
Sim	16	50,0
Não	16	50,0
Estímulo da alimentação da criança doente n= 25*		
Sim	21	84
Não	04	16

*Apenas 25 crianças haviam ficado doentes.

Na tabela 4 estão apresentados os dados referentes à adesão dos cuidadores ao 8º passo, o qual desaconselha o consumo de frituras, enlatados, refrigerante, balas e guloseimas. Porém, 81,2% da amostra revelou oferecê-los às crianças. A metade dos entrevistados seguia as recomendações do 9º passo, armazenando adequadamente os alimentos e a maioria (84,0%) seguia as recomendações do 10º passo, uma vez que estimulavam a alimentação e não mudavam o padrão alimentar das crianças no período de doença.

DISCUSSÃO

Os fatores socioeconômicos e demográficos estão relacionados com as práticas alimentares de crianças. Estudos apontam que mulheres com maior nível de escolaridade valorizam a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada quando comparadas com as de menor escolaridade.¹¹⁻¹²

Outro fator de influência muito forte é a renda familiar, como já foi citado anteriormente, Tal fator está relacionado diretamente às práticas alimentares: famílias com poder aquisitivo menor terão mais chances de introduzir precocemente outros alimentos e de não oferecê-los adequadamente.⁶

Em relação à idade, estudos comparando a amamentação e alimentação complementar de filhos de mães com idades diferentes não encontraram diferença significativa.¹²⁻¹³

Concordando com os estudos citados, os resultados aqui apresentados indicam que a escolaridade e a idade materna não seriam fatores de riscos de práticas inadequadas na alimentação das crianças desse estudo, pois a maioria das mães (65,7%) cursou o ensino médio e a idade não oferece influência direta nas práticas alimentares.

No que se refere ao trabalho fora do lar, o mesmo é considerado como fator de risco para o desmame precoce.^{12,14} Porém, no presente

estudo, a maioria das mães (78%), teoricamente, teria condições para a prática da amamentação exclusiva até os seis meses, como recomenda o 1º passo das orientações sobre a alimentação saudável para crianças menores de dois anos.

O 1º passo para alimentação saudável de crianças menores de dois anos recomenda amamentar exclusivamente até o sexto mês de vida. Neste estudo, apenas 19% das crianças alcançaram esse objetivo, assemelhando-se à outros estudos existentes. Uma pesquisa realizada no Brasil em 2006 descobriu que a prevalência de crianças em amamentação exclusiva de quatro a seis meses foi de apenas 15,3%¹⁵. Outro estudo realizado em Salvador encontrou uma prevalência de 16,9% da amamentação exclusiva ao seis meses.⁶

Estudo realizado entre profissionais do Programa de Saúde da Família no município de Moreno-PE revelou que 20% das mulheres amamentaram exclusivamente até o sexto mês de vida. Esse dado surpreende por ser uma população orientada sobre o assunto e que assistia mulheres da comunidade.¹⁶

Vários estudos demonstram a importância do AME até os seis meses, pois o leite humano está totalmente adaptado às limitações fisiológicas dos lactentes, uma vez que o trato gastrointestinal, os rins, o fígado e o sistema imunológico do lactente, antes dos seis meses de vida, encontram-se em progressiva maturação tanto da ordem estrutural quanto funcional e, por isso, tornam-se mais vulneráveis à diarreia infecciosa e toxigênica, enterocolite necrozante, má absorção e alergia alimentar, já que o aleitamento materno constitui fator de proteção por evitar a exposição precoce a grandes quantidades de proteína do leite de vaca, prevenindo a absorção de macromoléculas.¹⁷⁻¹⁸

O aleitamento materno também tem como benefício o desenvolvimento da musculatura e ossatura bucal devido ao esforço que a criança faz para retirar o leite da mama, o que favorece a respiração e a fonação. Além disso,

a amamentação proporciona uma maior relação mãe e filho.¹⁹⁻²⁰ Entretanto, os dados deste estudo demonstraram que poucas crianças receberam os benefícios do AME.

Com o decorrer da amamentação, a composição do leite materno muda, preparando a criança para aceitar novos sabores. Os lactentes amamentados detectam e percebem mudanças de aromas em virtude da variação da dieta materna. Essas modificações preparam as crianças para a introdução dos alimentos complementares no tempo certo.¹⁷ Desta forma, as crianças amamentadas teriam menos dificuldades para se adaptarem à introdução de novos alimentos como complementação do leite materno.

O 2º passo da alimentação saudável preconiza que a partir dos seis meses deve ser oferecido à criança, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. Essa transição deve ser feita de maneira gradual, um alimento por vez, respeitando um intervalo de 3 a 7 dias para que possam ser observadas possíveis reações adversas.²¹ Na população estudada, observou-se que a maioria das mães/cuidadores não cumpriu o 2º passo, pois 87,5% dos entrevistados revelaram não ter feito de forma lenta e gradual a introdução dos alimentos complementares.

O Ministério da Saúde recomenda que a partir dos seis meses devem ser oferecidos alimentos complementares como cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes, três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada. Isso é justificado pela necessidade de se atingir a densidade energética recomendada de 0,7 Kcal/g, razão pela qual não se deve aconselhar o consumo de sucos de frutas ou vegetais e sopas, pois possuem uma baixa densidade energética.^{2,22} O baixo consumo de alimentos com alta densidade protéica e energética pode fazer com que haja carência nutricional em um período crítico do desenvolvimento infantil.²³

A inadequação do número de refeições, que caracteriza o descumprimento do 3º passo, foi observado em 68,8% do total da amostra. Foram considerados como casos de refeições adequadas aquelas nas quais crianças amamentadas receberam três refeições (uma fruta e duas papas salgadas) e as desmamadas, cinco refeições (duas de alimento salgado, uma papa de fruta e dois mingaus). Em estudo realizado em um serviço de puericultura de Recife, os resultados foram semelhantes ao deste, no qual 79,2% da amostra não cumpriu esse passo.²⁴ Muitas são as consequências de uma dieta inadequada,

entre elas a desnutrição, que pode estar relacionada à qualidade dos alimentos consumidos pelas crianças, podendo impactar negativamente, a curto e longo prazo, na saúde infantil.²⁵

No 4º passo a recomendação enfatiza que a alimentação complementar seja oferecida sem rigidez de horários, respeitando sempre a vontade da criança, o que é explicado pela capacidade que as crianças têm de autorregular a ingestão diária de energia. Com isso, aprendem a distinguir as sensações de fome após os jejuns e de saciedade após as refeições. Esquemas rígidos para o horário das refeições interferem de maneira negativa, pois atrapalham esse autocontrole da criança.²⁰⁻²¹ A maioria dos entrevistados do estudo em questão (78,1%) informou que as crianças eram alimentadas em horários fixos.

A dieta da criança não deve ser líquida, mole ou rala, já que precisa ser alcançado o valor energético necessário. Além disso, existem outros motivos para que a dieta seja preparada sob a forma de purês, papas ou amassados. Não se recomenda liquidificar os alimentos, pois as evidências apontam que crianças que não recebem alimentos em pedaços até os dez meses apresentam, posteriormente, maior dificuldade de aceitação para alimentos sólidos. Essa é uma recomendação do 5º passo, no qual é enfatizado que a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher, e que se deve começar com consistência pastosa (papas/purês), e gradativamente, aumentar até chegar à alimentação da família.^{21,25}

Além disso, a utilização de alimentos de consistência muito lisa pode retardar o processo da mastigação, pois propicia movimentos lateralizados da língua em busca dos alimentos espalhados na cavidade oral.²⁶ No que se refere ao 5º passo, constatou-se que 68,8% dos cuidadores não cumpriram o que preconiza o Ministério da Saúde, assemelhando-se a um estudo realizado em Recife, no qual o primeiro alimento oferecido às crianças foi o suco em 69,3% dos casos.²⁴ Alguns estudos apontam que os cuidadores têm receio de oferecer alimentos semissólidos e sólidos às crianças, dando preferência aos alimentos líquidos.¹¹

No 6º passo é recomendado que a criança deve receber diferentes alimentos ao dia. Considera-se que uma alimentação variada é uma alimentação colorida; é consenso entre os especialistas que quanto mais colorida é a alimentação, mais rica é em termos de vitaminas e minerais. Outro aspecto a ser considerado é que uma alimentação colorida

torna a refeição mais atrativa, o que agrada aos sentidos e estimula o maior consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes, verduras, grãos e tubérculos em geral.²

Cabe ressaltar ainda que a presença ou não de uma alimentação variada também está relacionada à disponibilidade econômica e ao poder de compra, pois alguns alimentos não são oferecidos devido ao custo que representam no orçamento familiar, sendo um exemplo o consumo de carne. Alguns cuidadores se referem a esse alimento como “comida de rico” e a sua oferta é esporádica.¹ Entretanto, apesar das condições socioeconômicas das famílias estudadas, foi verificado neste estudo que a maioria das mães/cuidadores (93,8%) cumpriam as recomendações do 6º passo.

O 7º passo estimula o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. As frutas também são muito importantes quando oferecidas depois das refeições como forma de melhorar a absorção do ferro não-heme, presente nos alimentos como feijão e folhas verdes-escuras.^{26,22,2} Em relação a esse passo, os entrevistados afirmaram que a maioria das crianças (81,2%) consumiam frutas e verduras diariamente. Esse dado é semelhante aos encontrados em outros estudos que revelam que as frutas têm uma probabilidade de 82% de serem oferecidas às crianças, independente da forma de preparo.²⁷

O consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas é desaconselhado no 8º passo das recomendações para alimentação saudável até os dois anos. Essa recomendação é importante, uma vez que é nesse período que as crianças passam por um processo de aprendizagem na sua alimentação. A mesma se justifica pelo risco da criança adquirir hábitos de vida que não são saudáveis, os quais podem contribuir para o aparecimento de doenças, tais como: diabetes, elevação do colesterol e outras, além do fato desses alimentos acabarem competindo com outros mais nutritivos.²

No presente estudo identificou-se que 81,2% das crianças já haviam consumido, pelo menos uma vez, frituras, enlatados, refrigerante, balas e guloseimas. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no município de Canoas/Rio Grande do Sul, a qual constatou que 75% das crianças consumiam refrigerante e 30,7% delas apresentavam idade igual ou inferior a seis meses.²⁶ Percebe-se, portanto, que a oferta desses alimentos está ocorrendo muito precocemente, o que poderá

causar danos imediatos e futuros à saúde das crianças.

No 9º passo o alerta é para os cuidados com a higiene no preparo e manuseio dos alimentos para garantir seu armazenamento e conservação adequada. Isso é muito importante para se evitar a contaminação dos alimentos e a transmissão de doenças. Assim, não se deve oferecer restos de comidas, bem como alimentos mal conservados e preparados há um longo tempo.²

Neste estudo, todos os cuidadores das crianças maiores de seis meses referiram ter cuidados de higiene no manuseio e preparo dos alimentos, porém, a metade deles relatou não armazená-los de maneira adequada. Pelo exposto fica constatado que muitas crianças neste estudo estariam expostas à infecção, em especial a diarreia. A principal fonte de infecção diarreica de crianças pequenas ocorre através dos alimentos complementares contaminados, razão pela qual a incidência maior de diarreia aumenta com a ingestão desses alimentos.

A prática adequada de higiene dos alimentos complementares pode ser dificultada pelas condições socioeconômicas às quais a população brasileira está exposta, como a falta de água limpa, sabão e utensílios. O alimento deve ser preparado em quantidade suficiente para uma refeição e servido após o preparo; quando isso não for possível, é preferível estocá-lo na geladeira. E se o alimento for estocado, é indispensável reaquecê-lo a, no mínimo, 70°C. No entanto, a prática de estocar os alimentos deve ser desencorajada.²⁸

Atualmente, o jejum e as restrições alimentares estão proscritos para crianças doentes. As mães/cuidadores deverão estimular as crianças doentes e convalescentes a se alimentarem normalmente, dando preferência aos alimentos prediletos da criança. Estas orientações estão contidas no 10º e último passo das orientações para a alimentação saudável de lactentes. Todavia, é preciso que as mães/cuidadores respeitem a aceitação da criança, pois é frequente a diminuição do apetite durante o período da doença, apesar do aumento das necessidades energéticas e nutricionais.² Do total da amostra, sete crianças foram excluídas pois não haviam adoecido até o momento da pesquisa e a maioria (84%) dos entrevistados informou que as crianças que adoeceram foram estimuladas a alimentar-se durante a doença.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa revelaram baixa adesão em relação ao 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 8º passos, os quais compreendem, respectivamente, a amamentação exclusiva até o 6º mês de vida da criança, a introdução lenta e gradual dos alimentos, a oferta de três refeições ao dia para as crianças amamentadas e de cinco refeições ao dia para as crianças desmamadas e alimentação complementar oferecida desde o início com colher e com textura espessa. Houve maior adesão apenas ao 6º, 7º e 10º passos, que recomendam a alimentação variada, consumo diário de frutas, verduras e legumes e o estímulo da alimentação da criança doente.

Os dados desta pesquisa foram semelhantes aos de outros estudos, reforçando a necessidade de campanhas educativas sobre os 10 passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos. É preciso refletir sobre a baixa prevalência da amamentação exclusiva, uma vez que a introdução precoce de alimentos complementares antes do sexto do mês inicia um processo em cadeia, ou seja, com a oferta antes do tempo correto da dieta de transição, diminui a probabilidade de se seguir corretamente as outras recomendações do Ministério da Saúde.

Fatores socioeconômicos como escolaridade, idade e trabalho fora do lar, já mencionados, teoricamente não deveriam oferecer riscos de práticas inadequadas na alimentação das crianças deste estudo, o que não foi visto neste trabalho, já que apenas três passos foram seguidos pelas mães/cuidadores.

Pelo exposto, faz-se necessário um planejamento de ações e programas de caráter educativo para a prática do aleitamento materno e estratégias que visem orientar e aconselhar os responsáveis sobre a introdução da alimentação complementar infantil a serem implementadas nas USF.

REFERÊNCIAS

1. Rotenberg S, DE VARGAS S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. Rev. bras. saúde matern. Infant. [periódico na internet]. 2004 Jan/mar [acesso em 2009 July 13]; 4(1):86-92. [periódico na internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292004000100008&script=sciarttext>.
2. Brasil, Ministério Da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Organização Panamericana

de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

3. Vitolo MR, Bartolini GA, Feldens CA, Drachler ML. Impacto da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. Cad. saúde pública. [periódico na internet]. 2005 set/out [acesso em 2009 July 13];21(5):1455. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/18.pdf>.
4. Barbosa RMS, Salles-Costa R, Soares E. A. Guias alimentares para crianças: aspectos históricos e evolução. Revista de nutr. [periódico na internet]. 2006 mar/abr [acesso em 2009 Aug 08];19(2):262. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a12v19n2.pdf>.
5. Barros RMM, Seyffarth AS, Nóbrega EG. Avaliação de práticas adotadas após uma atividade educativa sobre alimentação complementar. Com. Ciências saúde. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2009 Aug 08]; 19(1):49. http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_1art05.pdf.
6. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associado segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. saúde pública. [periódico na internet]. 2005 set/out [acesso em 2009 Aug 08]; 21(5):1525. Disponível em www.scielosp.org/pdf/csp/v21n5/25.pdf.
7. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde [periódico na internet]. 2007 ago [acesso em 2009 Aug 08]; 23(8):68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n8/23.pdf>.
8. Bassichetto KC, Réa MF. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. J. pediatr. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 July 13]; 84(1):78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n1/v84n1a13.pdf>.
9. Araújo ODA, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev. bra. enferm. [periódico na internet] 2008. jul/ago [acesso em 2009 Aug 24];61(4): 491. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext.

10. Polit DF, Hungler BP. Métodos de coleta de dados. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 223, 1995.
11. Gomes PTT. Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação nos Postos de Saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004 [dissertação] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública; 2005.
12. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. Ver. bras. Epidemiol. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Aug 08]; 11(3):446-9. Disponível em www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n3/10.pdf.
13. Vieira MLF, Pinto e Silva JLC, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes de filhos de mães adultas? J. pediatr. [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2009 July 03]; 79(4):322. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n4/v79n4a09.pdf>.
14. Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de família de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Cad. saúde pública. [periódico na internet]. 2009 mar [acesso em 2009 Aug 24]; 25(3):599 Disponível em www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/14.pdf.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
16. Silva CF, Araújo PM, Bittencourt RA. Aleitamento materno entre profissionais de saúde da família. Rev. Enferm. UFPE On Line. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 June 02];2(2):174. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/421/414>.
17. EUCLYDES, M. P. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. Viçosa: Ed. Viçosa, 2000.
18. Bresolini AMB, Nogueira I, Penna HAO, Issler H. Alimentação da criança. In: Marcondes E. Pediatria Básica. 9ª Ed. São Paulo, Savier: 2003, p. 61-91.
19. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciên. saúde coletiva. [periódico na internet] 2008 [acesso em em 2009 Aug 08];13(1):104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/14.pdf>.
20. Brasil, Ministério Da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
21. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. J. pediatr. [periódico na internet] 2000 [acesso em 2009 July 13];76, Suppl. 3:240-58. Disponível em: ftp://ftp.ufv.br/dns/especializ_dns/disciplinas/nutricao_do_lactente/alimentacao_complementar.pdf.
22. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Rio de Janeiro, 2 ed. rev e ampl, 2008.
23. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e as práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região Alto do Jequitinhonha, Minas Gerais. Rev. nutr. [periódico na internet]. 2004 out/dez [acesso em 2009 July 03]; 17(4):445. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n4/22892.pdf>.
24. Santos CS, Lima LS, Marly J. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. Rev. bras. saúde matern. infant. [periódico na internet]. 2007out/dez [acesso em 2009 Sept 17];7(4):376. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000400004&script=sci_arttext.
25. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. J. pediatr. [periódico na internet] 2004 [acessado em 2009 July 13];80(8):411-15. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-05-411/port.pdf>.
26. Carneiro AS, Delgado SE, Brescovici SM. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 aos 24 meses de idade do município de Canoas/RS. Rev. CEFAC. [periódico na internet] 2009 abr/jun [acessado em 2009 Sept 22];11(2): 357- 8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n2/v11n2a22.pdf>.

27. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. J. pediatr. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 July 03];83(1):57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n1/v83n1a10.pdf>.

28. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J. pediatr. [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2009 July 13];80 suppl.5:131-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0021-75572004000700004>.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/02/28

Last received: 2011/05/25

Accepted: 2011/05/26

Publishing: 2011/06/01

Address for correspondence

Marli Javorski
Universidade Federal de Pernambuco
Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Bl A do Hospital
das Clínicas
CEP: 50670-901 – Cidade Universitária
Recife (PE), Brasil