

## Conhecimento de pais e cuidadores sobre os "Dez passos para uma alimentação saudável" em creches de Juiz de Fora, Minas Gerais

*Título Inglês Knowledge of parents and caregivers about the "Ten steps to a healthy diet for children under two years of age" in day care centers in Juiz de Fora, Minas Gerais*

Patrícia Boechat Gomes<sup>1</sup>, Vítor de Oliveira Costa<sup>2</sup>, Flávio Vieira Marques Filho<sup>2</sup>, Paula Rabelo Halfeld Mendonça<sup>2</sup>, Rafael Ferreira e Bringel<sup>2</sup>, Demóstenes Moreira<sup>2</sup>, Ademar Vasconcellos do Carmo<sup>3</sup>, Maria Augusta Gollner Duarte<sup>4</sup>, Ricelly Lignani de Miranda<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** a alimentação nos primeiros anos de vida acarreta grandes repercussões à saúde. Assim, o Ministério da Saúde elaborou os "Dez Passos para uma Alimentação Saudável (DPAS): Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos". É oportuno, portanto, investigar conhecimento de pais e cuidadores sobre tal manual. **Objetivo:** identificar o conhecimento acerca dos DPAS por parte de pais e cuidadores de crianças de 1 a 5 anos matriculadas em escola de educação particular e pública no município de Juiz de Fora - Minas Gerais e determinar dificuldades encontradas na adoção das medidas, relacionando-as às variáveis socioeconômicas. **Método:** pesquisa transversal na qual foi aplicado instrumento de pesquisa sobre os DPAS em uma escola pública e uma particular em dezembro de 2016. Foram entrevistados 100 participantes divididos em grupos: o primeiro composto por 50 mães com filhos em creche pública e outro por 50 mães com filhos em creche particular. **Resultados:** Somente 23%, conhecem o manual. O passo 6 obteve o maior percentual de acertos (94%). Contudo, isso pode na verdade determinar um desconhecimento sobre correta alimentação variada. O passo 8 teve o menor cumprimento (81%), mostrando que os alimentos prejudiciais nos primeiros anos de vida são ingeridos frequentemente. Ademais, o percentual de acertos dos pais com filhos na creche particular era maior (63,8%) comparado ao percentual da creche pública (48%). **Conclusões:** correta divulgação dos DPAS é necessária, porque informações sobre as repercussões de alimentação adequada nos primeiros anos de vida contribuem para prevenção e promoção da saúde infantil.

**Palavras-chave:** Nutrição da Criança; Guias Alimentares; Pais. Pediatria.

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Pediatria. Juiz de Fora, MG - Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Medicina. Juiz de Fora, MG - Brasil.

<sup>3</sup> Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Ginecologia e Obstetrícia. Juiz de Fora, MG - Brasil.

<sup>4</sup> Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Pediatria. Ribeirão Preto, SP - Brasil.

<sup>5</sup> Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Pediatria. Juiz de Fora, MG - Brasil.

### Instituição:

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Medicina. Juiz de Fora, MG - Brasil.

### \* Autor Correspondente:

Vítor de Oliveira Costa

E-mail: victordeoliveiracosta82@gmail.com

Recebido em: 26/08/2018.

Aprovado em: 10/01/2019.

## ABSTRACT

**Introduction:** Feeding in the first years of life is responsible for great repercussions in general health. Knowing this, the healthy ministry elaborated the "Ten steps to a healthy diet (TSHD): Food Guide for children under 2 years of age". Because of that, it is appropriated to investigate the knowledge that parents have about this manual. **Objective:** to identify the knowledge about TSHD of parents of children from 1 to 5 years old enrolled in private and public day care services in Juiz de Fora - Minas Gerais, and determine the difficulties encountered in adopting the proposed measures, relating them to socioeconomic variables. **Method:** cross-sectional research on the TSHD in which a research instrument was applied in December 2016. 100 participants were divided into two groups: a group composed of 50 mothers from the public school and another group of 50 mothers from the private school. **Results:** Only 23% of the mothers knew the manual. Step 6 had the highest percentage of correct answers (94%). However, it may actually indicate a lack of knowledge about correct varied food intake. Step 8 had the lowest compliance (81%), showing that harmful foods are often ingested in the first years of life. The percentage of parents who had children in the private day care center was higher (63.8%) than those in public day care center (48%). **Conclusions:** proper dissemination of the TSHD is necessary because information on the repercussions of adequate food intake in the first years of life contributes to prevention and promotion of child health.

**Keywords:** Child Nutrition; Food Guide; Parents; Pediatrics.

## INTRODUÇÃO E LITERATURA

Os primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados por intenso crescimento e desenvolvimento; sendo o padrão alimentar, especialmente neste período, gerador de repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Dessa forma, é de suma importância a introdução precoce de hábitos alimentares saudáveis para que a criança alcance seu potencial biológico.<sup>1,2</sup>

Até os seis meses de idade, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo, já que nesta época o leite apresenta total capacidade de nutrir a criança e protegê-la contra patologias diversas.<sup>3</sup> Posteriormente a esse período, faz-se necessária a introdução de alimentos complementares buscando elevação do aporte energético e de nutrientes essenciais para o lactente.<sup>4</sup>

A introdução da alimentação complementar é um momento crítico, esculpido pela influência de fatores biológicos, sociais, culturais e econômicos.<sup>5,6</sup> Sugere-se que, embora a alimentação humana possa referir-se à necessidade básica para a sobrevivência, ela não se limita a um fenômeno natural, na medida em que as práticas alimentares encontram-se vinculadas tanto à disponibilidade de alimentos quanto à escolha dos mesmos, na dependência de valores culturais e

das bases educacionais.<sup>7,8</sup> Tal importância reflete a necessidade de aconselhamento nutricional como estratégia educativa para pais e responsáveis.<sup>9</sup>

O Ministério da Saúde (MS), fundamentado nos anais da reunião da Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância sobre alimentação complementar, elaborou, em 2002, recomendações para uma dieta adequada: guia alimentar para crianças menores de dois anos (tabela 1). Tais recomendações foram publicadas em um manual que objetiva subsidiar profissionais da atenção básica para capacitação e orientação de mães quanto a alimentação de seus filhos, visando, ainda, fortalecimento da Estratégia Nacional para Promoção de Alimentação Saudável (Enpacs).<sup>10</sup>

No entanto, diversos estudos tem demonstrado que a introdução de práticas alimentares saudáveis na infância é limitada, não só pelas condições socioeconômicas e culturais da população, mas também, pela ausência de estratégias educativas que orientem profissionais da saúde, pais e cuidadores quanto a adoção de tais práticas no cuidado à criança.<sup>11</sup>

Nesse contexto, o presente estudo objetiva identificar o conhecimento dos "10 passos" por parte de pais e cuidadores de crianças de 1 a 5 anos matriculadas em escola de

**Tabela 1.** Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos.

Passos	Recomendações
Passo 1	Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
Passo 2	A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
Passo 3	Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.
Passo 4	A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
Passo 5	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até se chegar à alimentação da família.
Passo 6	Oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
Passo 7	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 9	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
Passo 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando a sua aceitação.

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Serie A . Normas e manuais técnicos no 107. Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2002.

educação infantil particular e creche pública no município de Juiz de Fora - Minas Gerais, bem como determinar quais as principais dificuldades encontradas na adoção das medidas propostas pelos mesmos, relacionando-as às variáveis socioeconômicas de cada grupo.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal, desenvolvido por meio da utilização do instrumento de pesquisa sobre o conhecimento dos "Dez passos para uma alimentação saudável para menores de dois anos" do Ministério da Saúde do Brasil, realizado em duas escolas, uma pública e outra particular, durante o período do mês de dezembro de 2016. Na pesquisa foram incluídas mães que possuíam filhos em creches públicas ou particulares em um município de Minas Gerais na faixa etária 1-5 anos. O estudo foi realizado após a submissão e aprovação do CEP conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado com o parecer 1.300.486 em 28/10/15.

A coleta de dados em questão foi realizada a partir da entrevista de 100 mães, sendo 50 de escola pública e 50 de escola particular, escolhidas de forma randomizada. Foi utilizado um instrumento de pesquisa, com a finalidade de avaliar o nível socioeconômico dos participantes, sendo graduado a partir da posse de itens de conforto, proveniência da água, condição da rua do domicílio do morador, isto é, se é asfaltada ou não, além do grau de instrução da pessoa que contribui com maior parte da renda da família. Posteriormente, foi utilizado outro instrumento de pesquisa composto por perguntas fechadas que abordava o conhecimento e aplicação dos Dez passos para uma alimentação saudável para menores de dois anos do Ministério da Saúde do Brasil. Desse modo, as respostas escolhidas foram avaliadas e classificadas em "cumpriu" e "não cumpriu", o que foi utilizado para a construção de um quadro comparativo

com as diferenças de discernimento para cada passo entre os entrevistados da rede pública e particular.

Os dados dos instrumentos de pesquisa foram transcritos e tabulados separadamente por meio do programa Windows Excel e, depois, unificados. A planilha foi transferida para o programa SPSS versão 21.0, onde foi realizada a análise estatística.

Foram calculados os valores de médias e desvio padrão para as variáveis numéricas. Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados em relação às variáveis contínuas aplicou-se o teste t-Student para amostras independentes. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e utilizou-se o teste Qui-quadrado para comparação dos dados categóricos. O nível de significância estatística foi estabelecido para valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

No total, foram selecionados, aleatoriamente, 100 participantes elegíveis para o estudo, sendo que estes se dividem em 50 mães com filhos em creche pública e 50 mães com filhos em creche particular. Segundo a Tabela 2, a faixa etária média da amostra de mães foi de 32 anos, 21% de todas são solteiras, 9% divorciadas, enquanto 70% encontra-se casada ou em uma união estável. Do total de mães entrevistadas, apenas 19% possuía ensino superior completo, 16% tinha renda familiar até 1 salário mínimo, 31% entre 1 e 3 salários mínimos e 20% com mais de 15 salários mínimos. A maior parte, 20%, afirmava não trabalhar fora de casa e 60% possuíam apenas 1 filho.

A descrição socioeconômica dos grupos, separados por creche pública *versus* creche privada está contemplada na Tabela 2. Nota-se que o estado civil que predomina nas mães de creches públicas é a união estável, enquanto no outro grupo, o casamento é o mais frequente. Nível de escolaridade,

**Tabela 2.** Perfil socioeconômico das mães na amostra total e nas amostras das Creches Públicas e Creches Particulares. Juiz de Fora/MG, 2018.

Variáveis Descritivas	Informações acerca das mães			
	Grupos Pesquisados	Creches Públicas (n=50)	Creches Particulares (n=50)	Creches Públicas e Particulares (n=100)
<b>Média de Idade e DP*</b>		28,00±7,94	36,00±5,01	32,00±7,00
<b>Estado Civil da Mãe</b>				
Solteira		18 (36%)	3 (6%)	21 (21%)
União estável		22 (44%)	4 (8%)	26 (26%)
Casada		5 (10%)	39 (78%)	44 (44%)
Separada/divorciada		5 (10%)	4 (8%)	9 (9%)
Viúva		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Nível de Escolaridade da Mãe</b>				
1º ao 5º ano do Ensino Fundamental (antigo primário)		3 (6%)	0 (0%)	3 (3%)
6º ao 9º ano do Ensino Fundamental (antigo ginásio)		8 (16%)	0 (0%)	8 (8%)
Ensino Médio Incompleto		8 (16%)	0 (0%)	8 (8%)
Ensino Médio Completo		24 (48%)	2 (4%)	26 (26%)
Ensino Superior Incompleto		3 (6%)	5 (10%)	8 (8%)
Ensino Superior Completo		3 (6%)	16 (32%)	19 (19%)
Especialização (pós-graduação, mestrado e/ou doutorado)		1 (2%)	27 (54%)	28 (28%)
Sem Estudos		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Renda Familiar mensal</b>				
Até 1 salário mínimo		16 (32%)	0 (0%)	16 (16%)
Entre 1 e 3 salários mínimos		29 (58%)	2 (4%)	31 (31%)
Entre 3 e 6 salários mínimos		5 (10%)	3 (6%)	8 (8%)
Entre 6 e 9 salários mínimos		0 (0%)	11 (22%)	11 (11%)
Entre 9 e 12 salários mínimos		0 (0%)	10 (20%)	10 (10%)
Entre 12 e 15 salários mínimos		0 (0%)	4 (8%)	4 (4%)
Mais de 15 salários mínimos		0 (0%)	20 (40%)	20 (20%)
Nenhuma renda		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Trabalha fora de casa</b>				
Não		17 (34%)	3 (6%)	20 (20%)
Sim, durante a semana, pela manhã		5 (10%)	1 (2%)	6 (6%)
Sim, durante a semana, pela tarde		0 (0%)	14 (28%)	14 (14%)
Sim, durante a semana, pela noite		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim, durante a semana pela manhã e pela tarde		24 (48%)	29 (58%)	53 (53%)
Outros		4 (8%)	3 (6%)	7 (7%)

\* Desvio Padrão

renda familiar mensal e trabalho materno fora de casa são significativamente maiores em creches particulares do que em públicas.

A média de idade de crianças na creche pública é ligeiramente menor do que na creche particular, com predomínio do sexo feminino na primeira, enquanto na outra esse

padrão se inverte. Em ambos os grupos a criança passa a maior parte do seu tempo na creche ou escola.

A divisão quanto à classe econômica entre os dois grupos é notável. As crianças de creche particular encontram-se nas classes B2, B1 e A e as crianças de creche pública, em contrapartida, concentram-se nas classes E, D, C1 e C2.

A análise das frequências de cumprimento e não cumprimento em relação aos 10 passos da alimentação saudável em cada grupo é apresentada na Tabela 3. Verificou-se que o percentual de cumprimento é significativamente maior no grupo de creche particular. O passo 8 obteve a maior taxa de não cumprimento em ambos os grupos. Em relação aos acertos, também houve conformidade entre os dois grupos, sendo o passo 6 o mais acertado.

## DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que o conhecimento dos pais acerca dos dez passos para uma alimentação saudável do Ministério da Saúde é precário, uma vez que somente 23% dos entrevistados, tanto de escolas públicas quanto particulares, estão cientes dos passos. No entanto, mesmo aqueles que disseram conhecer a cartilha do MS, em sua grande maioria, apresentavam apenas uma noção superficial. Segundo CR Alves et al, a qualidade e o tipo de alimentação que são oferecidas aos lactentes recebem influência direta do contexto social, cultural, familiar e econômico no qual a mãe está inserida.<sup>12, 13</sup> Em adendo, hoje há uma outra fonte de informação largamente difundida e usada pelas mães; a própria internet, que muitas vezes disponibiliza informações de caráter duvidoso. Um estudo, no qual foram analisados 50 sites, entre blogs e sites especializados em nutrição infantil, apenas 10% dessas páginas apresentavam corretamente todos os passos do guia alimentar.<sup>14</sup>

Quando questionadas sobre o que achavam da qualidade da alimentação que era fornecida aos seus filhos, 95% de todas as mães entrevistadas afirmaram que eles tiveram uma alimentação saudável. A proporção entre escolas públicas e particulares, quanto a essa percepção, foi praticamente de 1 para 1; 50% para escolas particulares e 45% para escolas públicas. Esse resultado demonstra o quanto ainda carecem informações para a população em geral sobre o que de fato

representa uma alimentação saudável, principalmente nos primeiros anos de vida.

Não surpreendentemente, o passo 8, que aborda a necessidade de evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas, nos primeiros anos de vida, foi aquele em que menos cumpriu-se por acerto; 81% (Tabela 4). Em um trabalho publicado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 2014, observou-se que desde muito cedo as crianças começam a receber alimentos inadequados como doces industrializados, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, pratos congelados semi prontos, refrigerantes e sucos artificiais.<sup>13</sup> Esse tipo de alimentação pode contribuir para a formação de hábitos pouco saudáveis que permanecerão até a vida adulta, já que os cinco primeiros anos de vida são cruciais para a construção de preferências e aversões alimentares.<sup>15</sup>

O passo 1, que afirma a importância de dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento, por sua vez, teve a segunda maior porcentagem de erros, totalizando 68% (Tabela 4), praticamente empatado com o passo 10. O que é explicado porque culturalmente, mães acreditam que líquidos, como sucos e outros leites, são complementares ao leite materno, e oferecem mais energia e nutrientes aos bebês.<sup>16</sup> E dentre os alimentos oferecidos erroneamente antes dos 6 meses, destacam-se com mais relevância, o chá e a água, seguidos de frutas e leite não humano. A prevalência de oferta de chá no primeiro mês de vida do bebê foi ainda maior em relação à oferta de água, possivelmente explicada pela utilização dele como medicamento para melhora de cólicas.<sup>17,18</sup>

Por outro lado, o passo 6, que denota a necessidade de oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida, foi aquele com maior percentual de acertos, com índice de cumprimento dos passos por acerto de 94% (Tabela 4). No entanto, de acordo com o estudo do SISVAN realizado entre crianças de 6 a 23 meses, a maioria não recebia mais o leite materno,

**Tabela 3.** Frequências do cumprimento e não cumprimento em relação aos 10 passos da Alimentação Saudável em relação às Creches Públicas e as Creches Particulares. Juiz de Fora/MG, 2018.

Passos	Creches Públicas		Creches Particulares		Valor de p para diferenças entre as médias cumpridas	Valor de p para diferenças entre as médias não cumpridas
	Cumpriu	Não Cumpriu	Cumpriu	Não Cumpriu		
Passo 1	10 (20%)	40 (80%)	22 (44%)	28 (56%)		
Passo 2	19 (38%)	31 (62%)	28 (56%)	22 (44%)		
Passo 3	33 (66%)	17 (34%)	44 (88%)	6 (12%)		
Passo 4	31 (62%)	19 (38%)	30 (60%)	20 (40%)		
Passo 5	15 (30%)	35 (70%)	29 (58%)	21 (42%)		
Passo 6	47 (94%)	3 (6%)	47 (94%)	3 (6%)		
Passo 7	25 (50%)	25 (50%)	41 (82%)	9 (18%)	0,002	0,002
Passo 8	4 (8%)	46 (92%)	15 (30%)	35 (70%)		
Passo 9	42 (84%)	8 (16%)	47 (94%)	3 (6%)		
Passo 10	14 (28%)	36 (72%)	16 (32%)	34 (68%)		
Média e percentual de acertos	24 (48%)	26 (52%)	31,9 (63,8)	18,1 (36,2%)		

\* Valores estatisticamente significativos (p<0,05)

**Tabela 4.** Frequências do cumprimento e não cumprimento em relação aos 10 passos da Alimentação Saudável na população estudada. Juiz de Fora/MG, 2018.

Creches Públicas e Particulares n=100				
10 passos avaliados	Cumpriu os passos por acertos	Não cumpriu os passos por acertos	Diferença entre as médias	P
Passo 1	32 (32%)	68 (68%)	36 (36%)	
Passo 2	47 (47%)	53 (53%)	6 (6%)	
Passo 3	77 (77%)	23 (23%)	54 (54%)	
Passo 4	61 (61%)	39 (39%)	22 (22%)	
Passo 5	44 (44%)	56 (56%)	12 (12%)	
Passo 6	94 (94%)	6 (6%)	88 (88%)	
Passo 7	66 (66%)	34 (34%)	32 (32%)	0,491*
Passo 8	19 (19%)	81 (81%)	62 (62%)	
Passo 9	88 (88%)	12 (12%)	76 (76%)	
Passo 10	30 (30%)	70 (70%)	40 (40%)	
Média e Percentual de acertos	55,80 (55,8%)	44,2 (44,2%)	11,6 (11,6%)	

\* Valores estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ )

tinha um consumo insuficiente de frutas, legumes/verduras, carnes e feijão, tendo recebido açúcar, mel ou melado e papa salgada antes dos seis meses de idade, contrapondo o que as mães relataram durante a entrevista, quando a maior parte disse que cumpriu o passo 6 e forneciam aos seus filhos uma dieta baseada em frutas e verduras "rica" e variada. As práticas alimentares inadequadas mais frequentes foram o consumo de suco ou refresco industrializado, refrigerante, mingau com leite ou leite com espessante.<sup>13</sup> O que por sua vez corrobora o elevado percentual de não cumprimento por acerto do passo 8, como observado no estudo realizado no estado de Pernambuco em que foi evidenciado que, independentemente da área geográfica, o leite, o açúcar, a gordura e o arroz foram os alimentos mais consumidos em crianças abaixo de 5 anos, sendo o leite de vaca e o açúcar amplamente presente na alimentação de transição de crianças menores de 6 meses.<sup>19</sup>

O passo 2, que afirma que a partir dos 6 meses, deve-se introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais, por sua vez, apresentou 53% de erros (Tabela 4), o que evidencia um decréscimo no percentual comparado ao passo 1, já que as mães são inclinadas à acrescentar alimentos do âmbito familiar para a criança, apesar de muitas vezes, erroneamente, incrementarem alimentos, principalmente frutas, antes dos 6 meses. Ademais, observa-se como erro frequente a escolha de alimentos semissólidos ou de consistência pastosa, sugerindo a ingestão de alimentos com baixo aporte calórico e nutricional. Essa característica pode ser observada no passo 5, em que evidencia que a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até se chegar à alimentação da família, obteve 56% de erro (Tabela 4), já que os pais continuam uma alimentação de caráter pastoso em detrimento do incremento de alimentos sólidos, como carnes que possuem proteínas de alto valor biológico essenciais para o desenvolvimento infantil.<sup>20,21</sup>

No que tange ao passo 3, que diz que após 6 meses, deve-se dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada, nota-se que apresentou baixo índice de erro comparado aos demais, porém isso não garante que as mães estejam atribuindo à dieta de seus filhos alimentos como legumes, leguminosas e de origem animal, como é preconizado no passo 3. Logo, a reduzida qualidade alimentar, como a escolha preferencial de carboidratos simples e leite não materno, são alguns dos principais aspectos da prática alimentar inadequada.<sup>21</sup>

O passo 7, que vislumbra a necessidade de estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições, obteve 66% de acerto (tabela 4), o que indica conduta favorável na integração de frutas, leguminosas e verduras na dieta da criança, com aumento progressivo da participação desses alimentos na dieta, isto é, a participação em percentual desses tipos de alimentos é maior em crianças de 12-24 meses que em crianças 6-12 meses, como verificado em crianças residentes na cidade de Salvador, Bahia.<sup>22</sup> Já o passo 4, que diz que a alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança, evidenciou 61% de acertos (tabela 4), demonstrando que a prática alimentar acompanha o costume familiar, sendo incrementado alimentação complementar de acordo com a vontade da criança.

No contexto do passo 9, que denota o dever de cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados, verifica-se 88% de acerto (Tabela 4), o que anteriormente não era realidade brasileira. Porém, com a melhoria do saneamento básico e o desenvolvimento de intervenções educativas a higiene alimentar demonstrou melhora evidente.<sup>23</sup> A falha na realização adequada do passo 10, que afirma a necessidade de estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando a sua aceitação, obteve 70% de erro (Tabela 4),

o que é uma situação comum entre os cuidadores. A crença de que a oferta alimentar deve diminuir quando a criança está doente é recorrente, principalmente no que tange à sintomas comuns como diarreia.<sup>24</sup>

No que se refere ao comparativo entre o conhecimento dos pais nas creches públicas e nas creches particulares, percebemos que aqueles cujo os filhos frequentavam a última, apresentavam maior grau de conhecimento acerca dos 10 passos, demonstrado pelo percentual de acertos dos mesmos (63,8% contra 48%).

A maior discrepância, em termos de percentual, ocorreu em relação ao passo 7, o qual registrou 82% de acerto nas creches particulares e apenas 50% nas creches públicas. Discrepância significativa foi observada, também, nas comparações do passo 8, que registrou 30% de acerto nas entrevistas realizadas em creches particulares, em detrimento a apenas 8% no ambiente das creches públicas.

Por outro lado, os passos 4, 6 e 10 foram, comparativamente, os que obtiveram resultados mais próximos. No entanto, como já percebido, nenhum percentual de acerto da creche pública conseguiu ser mais elevado que o da creche particular. No passo 4, a taxa de acerto foi de 62 contra 60%. No passo 6 a taxa foi equivalente, representando 94%. Por fim, o passo 10 registrou 32 contra 28% (Tabela 3).

Os resultados em questão corroboram a hipótese de que as condições de vida, tanto das crianças quanto de suas famílias, se encontram intrinsecamente relacionadas ao conhecimento acerca de padrões e estratégias alimentares. Exemplo claro dessa discrepância pode ser demonstrado por recente estudo realizado em Salvador, que indicou que crianças com condições socioeconômicas muito reduzidas, tinham 2,5 vezes mais chances de serem introduzidas à alimentação complementar de maneira precoce.<sup>25</sup>

A situação em questão agrava-se quando se leva em conta que o oferecimento de alimentação complementar em hora inoportuna está relacionado a maior ocorrência de anemia, doenças infecciosas e comprometimento do crescimento físico da criança.<sup>26</sup> O maior benefício da correta alimentação, em tese, seria para as crianças de classes menos favorecidas, tendo em vista que as mesmas podem apresentar, por exemplo, restrições quanto ao acesso de locais promotores de saúde.<sup>27, 28</sup> Apesar disso, é imprescindível que os pediatras informem e discutam alimentação saudável para todas as crianças, independente no nível sócio-econômico-cultural da família, já que mesmo em escolas particulares, como observado na tabela 3, o discernimento acerca dos 10 passos é precário.

## CONCLUSÃO

Portanto, nota-se que o nível socioeconômico interfere na condução do padrão alimentar da criança, sendo que populações de classes menos favorecidas tendem a ter maior percentual de erros. Desse modo, a correta divulgação do conteúdo dos Dez passos para uma alimentação saudável é necessária para todas as classes sociais. Informações sobre importância e repercussões de alimentação adequada nos dois anos de vida podem contribuir para prevenção e promoção da saúde infantil. O estudo em questão possui como fator limitante o local, isto é, se baseou em apenas uma região, sendo necessário a realização de estudos semelhantes em mais escolas, com o intuito de conquistar dados mais assertivos sobre a realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

1. Golley RK, Smithers LG, Mittinty MN, Brazionis L, Emmett P, Northstone K et al. An Index Measuring Adherence to Complementary Feeding Guidelines Has Convergent Validity as a Measure of Infant Diet Quality. *J Nutr* 2012; 142: 901-8.
2. Matos SMA, Barreto ML, Rodrigues LC, Oliveira VA, Oliveira LPM, D'Innocenzo S et al. Padrões alimentares de crianças menores de cinco anos de idade residentes na capital e em municípios da Bahia, Brasil, 1996 e 1999/2000. *Cad Saúde Pública* 2014; 30: 44-54.
3. Campos AAO, Cotta RMM, Oliveira JM, Santos AK, Araújo RMA. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciênc saúde colet* 2104; 19: 529-38.
4. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *RevNutr* 2010; 23: 983-92.
5. Gatica G, Barros AJD, Madruga S, Matijasevich A, Santos IS. Food intake profiles of children aged 12, 24 and 48 months from the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort: an exploratory analysis using principal components. *Int J BehavNutrPhysAct* 2012; 9: 1-10.
6. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1519- 30.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF; 2002.
8. Gross FM, Van der Sand CP, Girardon-Perlini NMO, Cabral FB. Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras. *Acta Paul Enferm* 2011; 24: 534-40.
9. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *RevNutr* 2010; 23: 475-86.
10. Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachler ML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1448-57.
11. Saldiva SRDM, Venâncio 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* 2014; 13: 1-8.
12. Alves CR, Goulart EM, Colosimo EA, Goulart LM. Risk factors for weaning among users of a primary care unit in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, from 1980 to 2004. *CadSaude Publica* 2008;24:1355-67.2.
13. Coelho LC, AsakuraL,Sachs A et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(3):727-738.
14. Monteiro GSG, Assis MM, Leite MA, Mendes LL. Avaliação das informações nutricionais referentes as crianças de ate dois anos disponíveis em sites populares. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo. 2016; 34(3): 287-292.

15. Farias Júnior G, Osório MM. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. *Rev Nutr*. 2005;18(6):793-802.
16. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. práticas alimentares e fatores associados a introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv.Saude,Brasília DF*. Jul-set 2015; 24(3):465-474.
17. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *RevNutr* 2004; 17(4): 437-447.
18. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *RevSaude Publica* 2009; 43(1):60-69.
19. Farias Júnior G, Osório MM. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. *Rev Nutr*. 2005;18(6):793-802.
20. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev paul pediatri* 2018;36(2):164-70.
21. Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev Nutr* 2011; 24(4): 553-63.
22. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev Nutr* 2005; 18(4): 459-69.
23. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr* 2004;80(5): 131-141.
24. Prado SRL, Fujimori E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. *Rev Bras Enferm* 2006;59(4):492-6.
25. Oliveira L, Assis A, Gomes G. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2005; 21 (5):1519-1530.
26. Piwoz EG, Kanashiro HC, Romaña GL, Black RE, Brown KH. Feeding practices and growth among low income Peruvian infants: a comparison of internationally-recommended definitions. *Int J Epidemiol* 1996; 25: 103-14.
27. Islam R. Poverty and its effect on nutrition: some questions based on the Asian experience. In: Administrative Committee on Coordination, Sub Committee on Nutrition. *Nutrition and poverty*. Geneva: World Health Organization; 1997. p. 69- 76. (Nutrition policy paper 16).
28. Chirmulay D. Child, nutrition and poverty. In: Administrative Committee on Coordination, Sub Committee on Nutrition. *Nutrition and poverty*. Geneva: World Health Organization; 1997. p. 77- 83. (Nutrition policy paper 16).