



 Elizabeth Sorrentino¹

 Sonia Isoyama Venancio²

¹ Universidade de São Paulo,
Faculdade de Saúde Pública. São
Paulo, SP, Brasil.

² Secretaria de Estado da Saúde
de São Paulo, Instituto da Saúde.
São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência
Elizabeth Sorrentino
elizabethsion@uol.com.br

Este artigo é oriundo de
dissertação apresentada ao
programa de Pós-graduação em
Nutrição em Saúde Pública, da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, em
março de 2019, sob o título:
Alimentação Complementar:
barreiras e facilitadores sob a
ótica de cuidadores, para
obtenção do título de Mestre.
Autor: Elizabeth Sorrentino –
Orientadora: Profa. Dra. Sonia
Isoyama Venancio. Ano de
Publicação: 2019

Conhecimentos e práticas dos pais de crianças de 6 a 12 meses sobre alimentação complementar: desafios para o cuidado em saúde

*Knowledge and Practices of Parents of Children
aged 6-12 months about Complementary Feeding:
Challenges for Healthcare*

Resumo

Este estudo buscou identificar conhecimentos e práticas de pais de crianças de 6 a 12 meses de idade, sobre alimentação complementar e fatores que influenciam seu comportamento. Adotou-se o referencial teórico-metodológico da Teoria do Comportamento Planejado e optou-se por uma abordagem qualitativa e exploratória através de duas técnicas: grupo focal com mães e entrevistas em profundidade com pais, frequentadores de um serviço público de saúde e de uma clínica de pediatria privada. Do material empírico advindo dos relatos gravados e transcritos, por meio da análise de conteúdo, identificaram-se as categorias: Crenças, opiniões e atitudes, reorganizadas de acordo com suas relações com as recomendações do Ministério da Saúde incluídas no *Guia Alimentar Para Crianças Menores de 2 anos*; Influências formais e informais sobre as práticas de alimentação complementar; e Papel dos fatores socioeconômicos. Concluiu-se que os comportamentos dos pais são resultado da interação complexa entre suas crenças, pressões sociais e a percepção sobre sua competência para alimentar seus filhos, e que os dilemas e dúvidas são de toda ordem e independem da realidade sociocultural. O pediatra e outros profissionais da saúde perdem espaço para as influências informais que afetam diretamente

as práticas de alimentação das crianças. Apontou-se a necessidade de prover orientações sobre alimentação complementar contextualizadas à realidade dos pais e que a internet seja utilizada por fontes confiáveis para disseminação do conhecimento.

Palavras-chave: Alimentação Complementar. Nutrição da Criança. Cuidado da Criança.

Abstract

This study aimed to identify the knowledge and practices of parents of children aged 6-12 months, about complementary feeding and factors that influence their behavior. This research used the theoretical-methodological framework of the Theory of Planned Behavior and a qualitative and exploratory approach through two techniques: focal group with mothers and in-depth interviews with fathers, whose children received healthcare in either a public health service or a private pediatric clinic. Content analysis was performed, based on the empirical data collected from the recorded and transcribed reports. The following categories were identified: Beliefs, opinions and attitudes, reorganized according to how they relate to the recommendations of the Ministry of Health, included in the *Food Guide For Children Younger Than 2 Years*; Formal and informal influences on complementary feeding practices; and Role of socioeconomic factors. It was concluded that the behaviors of parents are the result of the complex interaction between their beliefs, social pressures and the perception of their competence to feed their children, and that they have all types of dilemmas and doubt, regardless of their sociocultural background. Pediatricians and other health professionals are less and less of a reference compared to informal influences, which can directly affect children's eating practices. Guidance on complementary feeding need to be contextualized to be in line with the socioeconomic status of parents, and the Internet should be used by reliable sources for dissemination of knowledge.

Keywords: Complementary Feeding. Child Nutrition. Child Care.

INTRODUÇÃO

A alimentação complementar constitui-se de alimentos nutritivos, sólidos, semissólidos e líquidos, diferentes do leite humano, oferecidos ao lactente.¹ Como o nome sugere, tem a função de complementar a energia e os micronutrientes necessários ao pleno desenvolvimento da criança, a partir dos seis meses de idade.^{1,2} Para que seja adequada, além da sua introdução oportuna neste período, deverá estar baseada em alimentos *in natura* e/ou minimamente processados, apresentar densidade energética apropriada, ser isenta de açúcar e ultraprocessados, com inocuidade e segurança de preparo,^{3,4} além de incluir uma abordagem responsiva dos pais.⁵

A importância da alimentação da criança, sobretudo nos seus primeiros anos de vida, está fartamente documentada, e seu impacto inserido em vários documentos internacionais e de políticas de saúde,^{1,6} com destaque para os guias alimentares voltados à população infantil.⁷ Se adequada nos primeiros mil dias, determinará o pleno desenvolvimento desse indivíduo em todas as fases da vida, fará parte da prevenção de agravos e doenças da fase adulta e será a garantia de uma vida ativa^{2,8} necessária ao digno enfrentamento do processo de envelhecimento, outro grande desafio para a agenda de políticas públicas.

Apesar das evidências sobre sua importância, estudos nacionais e internacionais observaram que a alimentação complementar oferecida às crianças é de baixa qualidade.^{9,10} No Brasil, além da baixa oferta de frutas, verduras e legumes, que redundam na deficiência de micronutrientes e vitaminas vitais para o crescimento, há o consumo frequente de leite de vaca, farinhas, achocolatados, açúcar, salgadinhos, refrigerantes e doces, o que vem sendo relacionado com a crescente prevalência de obesidade infantil.¹¹⁻¹³

Esses dados mostram, portanto, um descompasso entre as evidências, as ações educativas e o comportamento dos pais ou cuidadores principais das crianças.^{4,6,14} Assim, a hipótese deste estudo é: entender os comportamentos dos cuidadores poderia ajudar o aprimoramento das abordagens em educação alimentar e nutricional.

O enfoque qualitativo tem muito a contribuir para as pesquisas no campo da Alimentação e Nutrição, dentre vários outros objetos, nos quais sobressai a importância do aprofundamento da compreensão da produção subjetiva, expressa em crenças, atitudes e comportamentos.¹⁵ Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi identificar os conhecimentos e práticas, baseados nas percepções, crenças e opiniões, de pais de crianças entre 6 e 12 meses, e fatores que influenciam seu comportamento, a fim de subsidiar estratégias e abordagens cada vez mais

efetivas para atender e fortalecer as políticas voltadas à promoção da alimentação complementar saudável em nosso meio.

PERCURSO METODOLÓGICO

Optamos por uma abordagem de natureza qualitativa, que permite explorar comportamentos e percepções em maior detalhe⁶ e se caracteriza pela valorização da compreensão, na qual o objeto e o sujeito do estudo coincidem e o conhecimento é produzido por ambos, numa relação dialética.^{16,17}

Adotamos como referencial teórico-metodológico a Teoria do Comportamento Planejado (TCP),¹⁸ segundo a qual a probabilidade de um indivíduo adotar um novo comportamento é determinada pela sua *intenção* de executar esse comportamento, que por sua vez é influenciada pela *atitude* (sua crença nos benefícios que o comportamento irá gerar), pelo constructo *normas subjetivas* (refere-se à opinião de outros que ele considera importantes) e ao *controle percebido ou comportamental* (sua percepção na capacidade de realizar um novo comportamento).

Nesta perspectiva, foram utilizadas duas técnicas de pesquisa, o grupo focal e a entrevista semiestruturada em profundidade. A produção de dados através de grupo focal ocorreu entre março e abril de 2018 e envolveu dois grupos de mães de crianças entre 6 e 12 meses, recrutadas em duas localidades com características socioeconômicas diversas, a fim de se conhecer o tema estudado sob circunstâncias e contextos diferentes. Oito participantes formaram o grupo recrutado na Unidade Básica de Saúde Jardim Esperança, de Francisco Morato, município localizado na Grande São Paulo, aqui neste estudo nominado G1. O outro, aqui nominado G2, recrutado em uma clínica privada, Casa Curumim, no bairro da zona oeste da capital paulista, onde foram contatadas 12 mães, oito confirmaram a presença e quatro compareceram.

Para permitir a conexão entre os objetivos da pesquisa e os grupos focais, utilizou-se um roteiro semiestruturado em tópicos, testado previamente numa situação piloto, contemplando aspectos relacionados ao momento em que os cuidadores iniciaram a alimentação complementar, suas dúvidas e dificuldades, o tipo de apoio recebido e o comportamento da criança no momento das refeições. Nos encontros, que tiveram uma duração média de 90 minutos, a pesquisadora assumiu o papel de moderadora e contou com auxílio de uma assistente. Os relatos foram gravados em sistema áudio somente após consentimento dos participantes. Alguns dados para caracterização das participantes foram solicitados no início dos trabalhos.

As entrevistas semiestruturadas em profundidade foram realizadas entre abril e maio de 2018, num total de quatro, com cuidadores homens, na intenção de promover melhor compreensão dos processos de incorporação e vivência do gênero sobre a alimentação complementar dos seus filhos, todos entre 6 e 12 meses de idade. Dois deles, com filhos frequentadores da UBS Jardim Esperança em Francisco Morato, aqui nominados E1, e os outros dois, com filhos atendidos na clínica de pediatria privada Casa Curumim, em São Paulo, aqui nominados E2, contextualizando as impressões masculinas em duas realidades socioeconômicas diversas.

O instrumento para produção de dados, previamente testado, constituiu-se de um roteiro com questões abertas, à semelhança do roteiro dos grupos focais, permitindo que os participantes se expusessem livremente, e foi conduzido pela autora com auxílio de uma assistente. A duração média das entrevistas foi de 19 minutos, registradas no sistema áudio e posteriormente transcritas.

Para nortear a análise dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo,¹⁷ a partir da transcrição meticulosa das gravações e da leitura de todo o material. O processo contemplou dois momentos complementares: a análise específica de cada grupo na qual, em uma pré-análise,^{15,16} agrupamos todo o conteúdo pelas falas de cada participante, e a análise cumulativa e comparativa do conjunto de grupos e entrevistas realizadas.¹⁹ Essa exploração exigiu que lêssemos e relêssemos cada depoimento e nos possibilitou grande intimidade com o conteúdo, tanto objetiva quanto subjetiva.¹⁶

O conteúdo emergente, tanto dos grupos focais quanto das entrevistas, nos possibilitou organizá-lo de acordo com os objetivos deste estudo, nas seguintes categorias:¹⁷ Crenças, opiniões e atitudes; Influências formais e informais sobre as práticas de alimentação complementar e o Papel dos fatores socioeconômicos na adoção de práticas de alimentação complementar. Na primeira categoria, os conteúdos foram reorganizados^{16,17} de acordo com sua relação com as recomendações do Ministério da Saúde,⁷ incluídas no documento preliminar “Guia Alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos”, através de dez dos Doze Passos Para Uma Alimentação Saudável. Esta opção foi feita a partir das falas dos cuidadores, por permitir a identificação de importantes obstáculos à implementação de tais recomendações e possibilitar a indicação de abordagens adequadas aos profissionais de saúde.

Cabe ressaltar que não foram contemplados os Passos 10 - “Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança” e 12 - “Proteger a criança da publicidade de alimentos”, por não emergirem das falas conteúdo sobre estes dois importantes aspectos, já que o roteiro não visou, *a priori*, a análise através dos “Doze Passos”. As outras duas categorias permitiram explorar a

influência de diferentes atores (familiares, profissionais da saúde e redes sociais) e das condições socioeconômicas sobre as práticas de alimentação complementar.

Os resultados foram analisados por meio de discussão, reflexões e problematizações, devidamente embasados por literatura consultada inicialmente e complementada à medida que emergiram os conteúdos das falas, conforme possibilita a abordagem qualitativa.

Conforme exigência da Resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, a presente pesquisa foi submetida ao comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública, recebendo aprovação (CAAE:78929317.7.0000.5421) através do parecer número 2.358.135.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as participantes dos dois grupos focais, o grau de escolaridade foi maior no G2, no qual todas possuíam nível superior completo. No G1, a maioria havia concluído o ensino médio. Em relação à distribuição etária, a idade do G1 variou entre 21 e 30 anos, e metade relatou ter outros filhos. Já no G2, todas eram primíparas, com idade entre 29 e 37 anos. No G1, apenas uma das mães possuía trabalho extradomiciliar, enquanto no G2 todas relataram atividades profissionais formais.

Entre os entrevistados, tanto os do E1 quanto do E2, a idade era homogênea, variando entre 34 e 35 anos. Todos possuíam empregos formais, sendo que no E1, suas cargas horárias os permitiam estar mais próximos dos filhos. Observou-se, entre os dois grupos, diferenças com relação ao grau de escolaridade: maior para o E2 (ensino superior completo e incompleto) e menor para o E1 (ensino médio completo e incompleto). Coincidentemente, ambos os pais do E1 relataram ter outro filho entre 13 e 14 anos. Para os pais do E2, tratava-se da primeira paternidade.

Crenças, Opiniões e Atitudes

Passo 1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses de idade

a partir de uns três meses já tava tacando alguma coisa... ela sentia muita fome... Acredito que não tenha problema nenhum você dar (KG1).

Dei leite em pó, ela ressecou, dei leite de vaca, ele não se deu, só quer o peito, e acorda umas 5 vezes. Então acho que o leite está fraco...não sei se é por causa dos dentinhos também. (ABG1).

Com 3 meses eu dava chá de camomila, porque ela se espremia de cólica. (JoG1).

As mães que ouvimos desconhecem ou subestimam a ampla gama de consequências da introdução precoce de alimentos,^{9,20} associam choro e/ou angústia com fome,⁵ apesar de suspeitar que a causa seja outra. Verificou-se que a interrupção da amamentação exclusiva é uma prática frequente entre elas. As razões apresentadas para a introdução precoce de outros leites e alimentos baseiam-se na crença que a criança tem fome, que o leite não é suficiente em quantidade e/ou qualidade. As crenças representam uma das estruturas mais importantes do comportamento: “quando realmente acreditamos em algo, nos comportamos de maneira congruente à essa crença”.²¹

Há ainda um sistema de crenças herdadas (chá para cólica) que nos chama a atenção para as influências do contexto familiar. Trata-se de um “tabu alimentar”, que se fortalece por ser reconhecido por um grupo particular de pessoas como parte de seus caminhos, ajuda na coesão desse grupo, e a manter sua identidade diante dos outros, criando, portanto, um sentimento de “pertencer”.²²

As falas nos levam a refletir sobre a necessidade de orientação antecipatória que inclua a abordagem responsiva para mães e cuidadores,^{5,6} a fim de instrumentalizá-los a um novo comportamento,¹⁸ além de identificar e permitir lidar com as crenças limitadoras.²¹

Passo 2. Oferecer outros alimentos, além do leite materno, a partir dos 6 meses

Eu já passei pela amamentação, depois tudo que vier vai ser fácil. Só que não né? É igual a um jogo de videogame. (MG2).

[...] e quando eu passava na Dra. A, eu perguntava e ela falava: com 6 meses em diante, mas, coisas mais leves. (Jo G1).

[...] até pela dificuldade que eu tenho com a papa salgada, que começasse com um ano. (NG2).

O fato de ela não comer um prato cheio me deixa angustiada. (BG2).

As mães frequentadoras da UBS e da clínica privada expressaram despreparo diante da transição^{23,24} entre a amamentação e a introdução dos novos alimentos. Há momentos críticos de passagens de um estágio a outro no ciclo de desenvolvimento, envolvendo a tomada de consciência de novas competências e a adoção de respostas comportamentais.^{18,23,24} As falas ainda colocam em foco a falta de orientação formal do pediatra ou de outros profissionais da saúde.⁵

Passo 3. Oferecer água própria para o consumo à criança, em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.

Suquinho, ele [pediatra] não liberou; só a partir dos 12 meses. Porém outras colegas já dão. Suquinho não é permitido por causa do açúcar? Por que vai estufar? (NG2).

Eu tenho a mesma opinião da esposa, tem que fazer com a fruta, a fruta é diferente. (CRE1).

A oferta de suco de fruta é mediada pela crença de que o mesmo é saudável e deve ser oferecido. Além disso, o comportamento é influenciado pelas *normas subjetivas*,¹⁸ que se referem à opinião de outros que se consideram importantes, como no caso, a colega que já oferece o suco, apesar da orientação do pediatra. Entender claramente que ofertar o suco antes dos 12 meses poderá interferir nas preferências de sabor e se constituir em um preditor de obesidade²⁵ talvez pudesse influenciar sua atitude, que predispõe a motivação para a mudança.¹⁸

Passo 4. Alimentar a criança com alimentos in natura e ou minimamente processados.

Biscoito de polvilho é industrializado? Posso dar? (BG2)
Ela come o que a gente come, só não gosta de miojo. (SG1).
Papinha de legumes comprada pronta...comida eu não dou. (ABG1).

Identifica-se que os cuidadores têm dúvidas quanto aos malefícios dos alimentos ultraprocessados e desconhecem as vantagens da alimentação baseada em alimentos *in natura* e/ou minimamente processados.²⁶ O *marketing* desses produtos constitui fator de pressão para a adoção de atitudes¹⁸ e influencia a construção de percepções equivocadas.²⁷ Isto nos faz refletir sobre a necessidade de medidas de proteção²⁸ para a publicidade de alimentos, que frequentemente veicula informações incompletas ou incorretas, confundindo os consumidores.

Passo 5. Oferecer a comida na consistência espessa quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.

Elas (outras mães) colocavam água filtrada... ficou mais líquida, foi aonde fluiu. (BG2).
Tem o BLW... fico angustiada... aquele negócio fica na garganta e aí ela cospe. (MG2).
[...] foi quando ela se engasgou, agora bato tudo no liquidificador. (JoG1)

Nas conversas dos grupos ou entrevistas, nenhum dos cuidadores narrou ter sido orientado sobre o fato de que as crianças têm capacidade estomacal limitada, por isso precisam ser alimentadas com porções pequenas. Daí a importância da consistência correta.^{1,5} A insegurança em relação à textura remete ao *controle percebido ou comportamental*,¹⁸ que interfere na capacidade de realizar, levando a atitudes prejudiciais para suas crianças como liquidificar, diluir, experimentar tendências da moda, consultar fontes duvidosas na internet.

Passo 6. Não oferecer açúcar à criança até 2 anos de idade

Minha irmã, quando vou na casa dela já deixa os mimos dele lá. Bolacha recheada e tudo que não é pra dar no momento. (ABG1).

Em outros relatos ABG1 expôs sua preocupação com o filho de dez anos, já diabético, porém subestima as consequências em oferecer alimentos e produtos açucarados⁵ ao mais novo. Neste sentido, a lógica do verdadeiro se torna pobre para pensar as práticas de saúde.²⁷ O conhecimento científico como produtor de verdades pode não representar condição suficiente para a realização de uma atitude ou comportamento saudáveis.²⁷ Os praticantes selecionam e decidem suas ações, orientados por resultados e efeitos esperados.^{18,27}

Além de alertar claramente os cuidadores sobre o longo alcance dos riscos de ofertar açúcar, motivá-los e instrumentá-los na construção de uma nova percepção talvez facilitasse o novo comportamento.¹⁸

Passo 7. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.

Danone, sempre tive a dúvida: pode ou não pode; faz mal ou não faz mal?... sou mais liberal em questão de alimentação. Não dou refrigerante, porque sei que faz mal pra qualquer pessoa. (SG1).

Um refrigerante, não pode dar, não vamos dar pra criança. (CRE1).

O desentendimento sobre os riscos de consumir ultraprocessados caminha paralelamente à consciência sobre os malefícios dos refrigerantes. A percepção é parte de uma estrutura construída subjacente ao indivíduo,²⁷ o que nos oferece a pista de que evidências bem divulgadas podem predispor a uma atitude e/ou hábito²⁷ e motivar mudança de comportamento.¹⁸

Passo 8. Cozinhar para a família e para a criança a mesma comida usando alimentos in natura e minimamente processados

Com relação a cozinhar para a filha: me sinto totalmente insegura, porque quase eu não cozinho pra mim. (AG2).

E aí eu comecei a temperar mais e ela começou a comer melhor. Não é um boneco que você coloca o alimento sem sabor que ela vai comer. (BG2).

Podemos inferir que a autonomia no preparo da alimentação (habilidades culinárias) pode interferir na introdução dos alimentos complementares. No depoimento acima, a autoeficácia foi operacionalizada com a confiança.¹⁸ Ratifica-se, portanto, a necessidade de prover orientações aos pais com mensagens que enalteçam as preparações culinárias e o hábito de cozinhar.

Passo 9. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto.

Trabalho em casa e ter que oferecer pra ela me dava muita insegurança... tinha que fazer ela comer naquele período...pra poder voltar a trabalhar; fica uma coisa traumática: ela desiste e acaba puxando para o seio. (BG2).

Insegura, a mãe assume o controle da alimentação, e o comportamento de pressão leva à frustração, interferindo no desenvolvimento e aprendizado das novas habilidades.⁵ O controle percebido ou controle comportamental inclui a percepção na capacidade em realizar determinado comportamento; capacitar os cuidadores com habilidades e conhecimento é um facilitador para o novo comportamento.¹⁸

Quando ela não quer mais fica fazendo, aquela melequeira, aí já tiro da mesa e ponho no andador. Eu acho que se você der comida não enche tanto como quando comem sozinhos (JoG1).

Em outro momento, registrado neste estudo, JoG1 declara:

[...] ao invés de almoçar meio dia, ela não quer. Aí vou dando um suquinho, uma banana, e aí ela vai a tarde toda: não para de comer 1 minuto.

Nessa situação, o cuidador, baseado em sua crença, ignora a criança e não se envolve com suas expectativas.⁵ Este é um dos resultados indesejáveis de alimentação não responsiva⁵ que vem sendo associado a hábitos alimentares precários e aumento da obesidade infantil.²⁹ Crenças limitadoras constituem barreiras para um novo comportamento;²¹ crenças motivadoras predisõem positivamente para uma reação comportamental (intenção) em relação a um fato ou situação (comportamento).¹⁸

Passo 10 Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.

Ontem fui no cinema com ela...comprei salgadinho porque ela não fica quieta. A distração dela é comida. Eu fico até meio preocupada, porque a G é muito gulosa. (KG1).

O desconhecimento da mãe sobre o lazer apropriado a uma criança de 11 meses,³⁰ aliado à sua percepção em relação ao comportamento alimentar da filha, a leva ao uso de comida inadequada³¹ como técnica calmante.⁵ A fala nos alerta sobre o papel que a parentalidade responsiva desempenha no estabelecimento dos comportamentos de alimentação e atividade física de crianças pequenas e de sua importância para garantir o crescimento saudável, desenvolvimento social, emotivo e cognitivo.⁵

A logística, levar, armazenar, oferecer, porque ela rejeita 90%, só come 10%. Então não tenho levado. (BG2).

Sem informação adequada, a mãe subestima a oportunidade do pequeno lanche, que nesta fase da vida constitui importante fonte de nutrientes para o desenvolvimento da criança.³² A percepção na capacidade em realizar um determinado comportamento interfere diretamente com a *intenção de executar esse comportamento e põe em xeque a incorporação de um novo hábito*.¹⁸

Influência sobre as práticas de alimentação complementar formais e informais

Não segui muito o que o pediatra fala... foi mais seguro o que a minha mãe falava mesmo... porque mãe tem experiência. (KG1).

Eu fui pela minha mãe... (JuG1).

Eu pergunto tudo pra minha sogra, eu me sinto mais segura... (SG1).

As falas apontam a influência das avós como determinantes da maioria dos comportamentos, porque é delas que vem o principal apoio instrumental.³³ Também a internet e os grupos sociais das redes parecem exercer uma influência protetora,²⁴ que permite aos cuidadores verem-se como mais eficazes¹⁸ e responder apropriadamente às necessidades de seus filhos,^{33,34} revelando a fragilidade da atuação do pediatra.

O pediatra indicou a introdução alimentar... a gente acabou complementando com a internet. (MiE2).

Eu sou aquela mãe que quer seguir 100% o pediatra, mas se ele [o filho] não comer? Aí eu recorro à internet. (NG2).

É importante ressaltar que, neste estudo, o pediatra é substituído ou “complementado” pelas redes de apoio de familiares e parentes, redes sociais e internet; há uma forte tendência de distanciamento deste profissional que necessita urgentemente ser realinhada. O pediatra, dado ao papel privilegiado que exerce, assim como outros profissionais, deveria ser amplamente treinado sobre como educar e dar apoio aos cuidadores, especialmente neste momento de transição.

O papel dos fatores socioeconômicos na adoção de práticas de alimentação complementar

É diferente [da alimentação do primeiro filho] porque o conhecimento e também a questão financeira que deu uma melhoria. [...] Sobre ajudas, não o dinheiro: frutas,

legumes, seria essencial. Porque se a pessoa se alimenta bem, os hospitais têm menos pessoas [sic], menos doente. (CRE1).

Eu tenho um filhinho de 10 anos, mas eu não curti a infância dele, eu saia as cinco da manhã, pra trabalhar e estudar. Agora estou tendo a experiência do que é ser mãe... (ABG1).

Seria bom se a gente tivesse essa conscientização, alguém ensinando como a gente pode alimentar a criança...porque as vezes a criança acaba tendo um problema de saúde por nossa causa, porque a gente não sabe... (KG1).

Através das falas do G e E1, infere-se que houve diferenças resultantes de mudanças nas condições socioeconômicas³⁵ que se expressam na conscientização da importância da alimentação para a saúde, tanto no desejo de receber orientação adequada, quanto na importância do apoio de políticas públicas que promovam o acesso a alimentos saudáveis.³⁶ Faz-nos refletir sobre o círculo vicioso que se forma através das práticas alimentares inadequadas e suas consequências, já que constituem grandes obstáculos ao desenvolvimento socioeconômico e à redução da pobreza.³⁷

No entanto, um fator impactante para a adoção da alimentação complementar é que as dúvidas são de toda ordem e independem das condições socioeconômicas. A palavra "*insegurança*", por sua vez, foi a mais repetida entre as participantes, seguida de expressões que carregavam este mesmo significado, tanto entre as mães primíparas,^{38,39} quanto entre as múltiparas,⁴⁰ revelando que o nascimento de um filho é, em si mesmo, uma fase desafiante para qualquer mãe.^{41,42}

Também se observa nas falas que é da mãe que se espera o protagonismo como cuidadora,^{43,44} mesmo entre os participantes dos grupos G e E2, em que ambos, marido e mulher, exercem atividade remunerada.

Na verdade, eu não conhecia nada... A mãe acho que é um pouco mais precavida em relação a isso... (MiE2)

Quem cozinha é a mamãe, quem faz a listinha é a mamãe... eu só tenho o dever de dar pra ele. (RE2).

No grupo com menor nível socioeconômico (G1 e E1), foi mais comum que a introdução da alimentação se iniciasse precocemente. No G2, entretanto, há uma relutância na introdução dos novos alimentos aos seis meses, que coincide com a insegurança na capacidade de cozinhar revelada entre as mães deste grupo, e que pode ter significado uma barreira para a introdução dos novos alimentos.¹⁸ A alimentação das crianças, ainda a cargo da mulher nos dias de hoje,⁴⁵ depende de certa habilidade culinária, e esta não é uma aptidão muito em voga entre as mulheres da geração atual, neste grupo socioeconômico.⁴⁶

Chama-nos atenção que no grupo de maior vulnerabilidade socioeconômica (G1/E1) foram mais referidos tanto o consumo dos produtos ultraprocessados,⁴⁷ quanto o uso de fórmulas lácteas e outros alimentos, concomitante ao peito.

Difícil mesmo é desgrudar da gente um pouco...Será que é só por causa do peito? (JG1).
Eu queria aprender como fazer com ela pra tirar esse apego dela...Não sei se é uma questão dela amamentar ainda... (KG1).

A desvalorização do leite materno entre as participantes e a associação pejorativa que fazem entre “o dar de mamar” e a dependência que isso causa nos alertam para uma possível mudança de percepção na adoção da amamentação entre os grupos mais vulneráveis.^{8,48} É necessário, portanto, que se reforcem a valorização do leite materno e as ações de proteção, promoção e apoio efetivo à amamentação, avaliando-se esta possível tendência em diferentes grupos socioeconômicos e demográficos.⁴⁹

CONCLUSÕES

Os comportamentos dos pais são resultado da interação complexa entre suas crenças, pressões sociais, e a percepção sobre sua competência para alimentar seus filhos. Os sistemas de crenças familiares influenciam e afetam as práticas de alimentação das crianças. O sentimento de “falta de competência para cuidar” leva os cuidadores a buscarem diferentes estratégias de ajuda, que vão desde a procura de familiares e pessoas significativas com mais experiência, com especial destaque para as avós, até recorrer aos *sites* e as redes sociais na Web, como segunda maior força de influência neste estudo. Os dilemas e dúvidas são de toda ordem e independem da realidade sociocultural.

Os resultados nos fazem refletir sobre a necessidade de informação e apoio, apontando para os serviços de saúde como focos disseminadores. Porém, estes precisam ser capazes de providenciar orientação de forma clara e próxima à realidade cultural do grupo, com exemplos instrumentalizados pelo impacto que cada escolha provoca para, desta forma, motivar os pais a um novo comportamento ou mudança.

Intervenções conduzidas por profissionais habilitados, que incluam em encontros comunitários a participação das avós e outros familiares, em círculos de discussão, reflexão, troca de experiências e dúvidas, poderiam redirecionar positivamente antigas crenças e hábitos. Encorajar a participação paterna no processo e cuidados da alimentação dos filhos, através das intervenções e *marketing* social, seria um potencial facilitador para a adoção da alimentação complementar. E ainda, uma nova perspectiva de formação e informação a ser fortemente

considerada é a de que a internet seja utilizada por canais competentes e confiáveis para disseminação do conhecimento e de dinâmicas sobre alimentação complementar para crianças pequenas.

Por fim, consideramos que este estudo permitiu compreender as dinâmicas do processo de transição e introdução da alimentação complementar em crianças de 6 a 12 meses, constituindo-se como um ponto de reflexão para os contextos formativos e das práticas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Infant and Young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2010. [acesso em 29 jan 2016]. Disponível em: <[https://www.academia.edu/34358364/Infant and young child feeding Model Chapter for textbooks for medical student and allied health professionals](https://www.academia.edu/34358364/Infant_and_young_child_feeding_Model_Chapter_for_textbooks_for_medical_student_and_allied_health_professionals)>
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 23 jul 2017]. (Cadernos de Atenção Básica n. 23). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>.
3. Oliveira JM, Ribeiro de Castro IR, Bioni e Silva G, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015; 31(2):377-394.
4. Baldissera R, Issler RM, Giugliani ER. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2016; 32(9):e00101315.
5. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M, on behalf of the RWJF HER Expert Panel on Best Practices for Promoting Healthy Nutrition, Feeding Patterns, and Weight Status for Infants and Toddlers from Birth to 24 Months. Feeding guidelines for infants and young toddlers: a responsive parenting approach [internet]. Durham (NC): Healthy Eating Research; 2017 (Guidelines for Health Professionals). [acesso em 20 mar 2017]. Disponível em: <[http://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her feeding guidelines report 021416-1.pdf](http://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_report_021416-1.pdf)>.
6. United States Agency for International Development, Infant and Young Child Nutrition Project. Behavior change interventions and child nutritional status: evidence from the promotion of improved complementary feeding practices [internet]. Washington (DC): USAID: IYCN. [acesso em 20 jun 2017]. Disponível em: <[http://iycn.wpengine.netdna-dn.com/files/IYCN comp feeding lit review 062711.pdf](http://iycn.wpengine.netdna-dn.com/files/IYCN_comp_feeding_lit_review_062711.pdf)>.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos – Versão para consulta pública, 2018. [acesso em 12 jul 2018]. Disponível em:

- <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/12/Guia-Alimentar-Crianca-Versao-Consulta-Publica.pdf>>.
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krusevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 2016; 387. [acesso em 30 jan 2017]. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>>. Tradução: Leila Posenato Garcia e Giovanny Vinícius Araújo de França. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>>
 9. Khanal V, Sauer K, Zhao Y. Determinants of complementary feeding practices among Nepalese children aged 6-23 months: findings from demographic and health survey 2011. *BMC Pediatrics*. 2013; 13:131.
 10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). [acesso em 19 mar 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>
 12. Jaime PC, Germano de Frias P, Monteiro HOC, Almeida PVB, Malta DC. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 2016; 16(2):159-167.
 13. Spence AC, Campbell KJ, Crawford DA, McNaughton SA, D Hesketh KD. Mediators of improved child diet quality following a health promotion intervention: the Melbourne Infant Program. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014; 11:137.
 14. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004; 13(3):44-57.
 15. Bosi MLM, Prado SD, Lindsay AC, Machado MMT, Carvalho MCVS. O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011; 21(4):1287-1296.
 16. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park: Sage; 1988.
 17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.

18. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* [internet].1991;50(2):179–211. [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.317.9673&rep=rep1&type=pdf>>
19. Trad LAB. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2009; 19(3):777-796).
20. Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, Blake-Lamb TL, Perkins ME, Taveras EM. Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2016; 50(6):761-779. [acesso em 30 abr 2017]. Disponível em: <[https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(15\)00752-7/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(15)00752-7/fulltext)>
21. Dilts R, Hallbom T, Smith S. *Crenás: caminhos para a saúde e o bem-estar*. São Paulo: Summus;1993.
22. Meyer-Rochow VB. Food taboos: Their origins and purposes. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 2009; 5:18
23. Cowan PA. Individual and family life transitions: a proposal for a new definition. In: P. A. Cowan & E. M. Hetherington (Eds.). *Family transitions: advances in family research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1991.
24. Meleis AI, Sawyer L M, Im E, Messias DKH, DeAnne KH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced in Nursing Science*. 2000; 23(1):12-28.
25. Sonnevile KR, Long MW, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Gillman MW, Taveras EM. Juice and water intake in infancy and later beverage intake and adiposity: could juice be a gateway drink? *Obesity (Silver Spring)*. 2015; 23(1):170-6.
26. Black MM, Pérez-Escamilla R, Rao SF. Integrating nutrition and child development interventions: scientific basis, evidence of impact, and implementation considerations. *Adv Nutr* [internet]. Nov 2015; 6(6):852–9. [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642432>>.
27. Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 2009; 13(29):313-326.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014 b. [acesso em 12 jul 2018]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>.
29. Blake-Lamb TL, Locks LM, Perkins ME, Woo Baidal JA, Cheng ER, Taveras EM. Interventions for Childhood Obesity in the First 1,000 Days A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2016; 50(6):780-789.

30. Downing KL, Hnatiuk J, Hesketh KD. Prevalence of sedentary behavior in children under 2 years: A systematic review. *Prev Med.* 2015; 78:105-114.
31. Monteiro CA. Nutrition and health: the issue is not food, nor nutrients, so much as processing. *Public Health Nutr.* 2009; 12(5):729-31.
32. Birch LL, Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 y. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(3):723S-8S.
33. Aubel J. The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. *Maternal and Child Nutrition*, 2012; 8:19-35.
34. Warren PL. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 50(5):479-488.
35. Monteiro CA, Benício MHD, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, Barros AJD, Victora CG. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. *Bull World Health Organ.* 2010; 88:305-311.
36. Ludwig DS. Diet, and the Burden of Chronic Technology. *American Medical Association. JAMA*, 2011; 305(13):1352-1353. [aceso em 20 jun 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Beth/Downloads/Technology,%20Diet,%20and%20the%20Burden%20of%20Chronic%20Disease%20(2).pdf>.
37. World Health Organization. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância [internet]. São Paulo: IBFAN Brasil; 2005. [acesso em 3 ago 2017]. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>>.
38. Rapoport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 2011; 16 (2):215-225.
39. Pereira MC, Garcia ESGF, Andrade MBT, Gradim VC. Sentimentos da Puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. *Cogitare Enferm*, 2012; 17(3):537-42.
40. Alexandre JD, Monteiro L, Branco I, Franco C. A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltiparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e *bonding*. *Análise Psicológica*, 2016; 3(34):265-277.
41. Moura-Ramos M, Canavarro MC. Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. 2007; 3(25):399-413.
42. Pereira M, Canavarro MC. Influência da paridade na adaptação na transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem condição médica associada. *Análise Psicológica*, 2011; 29:425-438.

43. Jablonski B. O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflitiva divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. In: Féres-Carneiro T, organizador. Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007; 203-224.
44. Silva MR, Piccinini CA. O envolvimento paterno em pais não residentes: algumas questões teóricas. Psico. 2004; 35(2):185-194.
45. Parker K. Modern Parenthood. Pew Research Center, Washington D.C., 2013; 1-68. [acesso em 23 jul 2017]. Disponível em: <<https://www.pewsocialtrends.org/wp-content/uploads/sites/3/2013/03/FINAL-modern-parenthood-03-2013.pdf>>.
46. Díez-García RW, Castro IRR. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. Ciência & Saúde Coletiva; 2011; 16(1):91-98.
47. Martins AP, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). Rev Saúde Pública. 2013; 47(4):656-65.
48. Oliveira DS, Boccolini CS, Faerstein E, Verly-Jr E. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. J. Pediatr, Rio J., 2017;93:130-135.
49. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. J. Pediatr., Rio J., 2017;93(2):107-110.

Colaboradores

Sorrentino E, participou da concepção do projeto, produção e análise de dados; redação do artigo. Venancio SI participou da concepção do projeto, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Conflito de interesses: as autoras declaram não haver conflitos de interesses

Recebido: 26 de junho de 2019

Revisado: 25 de julho de 2019

Aceito: 19 de agosto de 2019