

Menores de dos años y la disfunción nutricional: la visión del enfermero de la atención básica

Menores de dois anos e a disfunção nutricional: a visão do enfermeiro da atenção básica

Under two years old children and nutritional dysfunction: the vision of the primary care nurse

• Luciana Ferreira Lemos¹ • Leda Maria Albuquerque² •
• Liliana Müller Larocca³ • Verônica de Azevedo Mazza⁴ •

•1• Secretaria Municipal de Salud (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: lemosluciana76@gmail.com

•3• Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraná (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: larocca_m@terra.com.br

•2• Distrito Sanitario Pinheirinho (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: ledaenf@gmail.com

•4• Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Paraná (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: mazza@ufpr.br

Recibido: 01/12/2017 Aprobado: 15/06/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.69163>



Resumen

Objetivo: describir los elementos de vulnerabilidad del niño menor de dos años relacionados con disfunciones nutricionales, identificados por los enfermeros de atención primaria.

Materiales y métodos: estudio cualitativo-descriptivo realizado en una ciudad al sur de Brasil, con seis enfermeras de servicio de unidad de salud básica y también del modelo Estrategia Salud de la Familia. La recolección de datos fue por grupos focales, de enero a febrero del 2015. Se adoptó el análisis de contenido de categorías temáticas de Bardin y para la organización y procesamiento de datos se utilizó el programa informático Iramuteq®.

Resultados: el análisis de datos textuales empleados fue la clasificación jerárquica descendente, este *software* procesó y organizó los datos en seis textos, distribuidos en 106 segmentos, de los cuales 81 (76,4 %) fueron aprovechados. El análisis de los datos expresó las siguientes categorías: *Ambiente desfavorable para la alimentación infantil sana y Prácticas y responsabilidades compartidas en el manejo de la lactancia*. Mostraron que el ambiente abarca déficits socioeconómicos familiares, cognitivos y de la salud materna, mala red social y familiar como también fuerte impacto del *marketing* y débil supervisión de las políticas públicas.

Conclusión: la comprensión de los elementos de vulnerabilidad puede permitir un diálogo estrecho entre los distintos segmentos intersectoriales y profesionales, cuyo objetivo común es el entendimiento de que la enfermedad y la discapacidad están influenciadas por aspectos políticos, sociales y económicos.

Descriptor: Salud del Niño; Estado Nutricional; Vulnerabilidad en Salud (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: descrever os elementos de vulnerabilidade da criança menor de dois anos relacionados com disfunções nutricionais, identificados pelos enfermeiros de atenção primária.

Materiais e métodos: estudo qualitativo-descriptivo realizado em uma cidade ao sul do Brasil, com seis enfermeiros do serviço da unidade de saúde básica e também do modelo estratégia saúde da família. A coleta de dados foi por grupos focais, de janeiro a fevereiro de 2015. Adotou-se a análise de conteúdo de categorias temáticas de Bardin e para a organização e processamento de dados utilizou-se o programa informático Iramuteq®.

Resultados: a análise de dados textuais empregada foi a classificação hierárquica descendente, este *software* processou e organizou os dados em seis textos, distribuídos em 106 segmentos, dos quais 81 (76,4 %) foram aproveitados. A análise dos dados expressou as categorias que seguem: *Ambiente desfavorável para a alimentação infantil saudável e práticas e responsabilidades compartilhadas no manejo da lactação*. Mostraram que o ambiente engloba déficits socioeconômicos familiares, cognitivos e da saúde materna, má rede social e familiar como também forte impacto do *marketing* e débil supervisão das políticas públicas.

Conclusão: a compreensão dos elementos de vulnerabilidade pode permitir um diálogo estreito entre os distintos segmentos intersectoriais e profissionais, cujo objetivo comum é o entendimento de que a enfermidade e a deficiência estão influenciadas por aspectos políticos, sociais e econômicos.

Descritores: Saúde da Criança; Estado Nutricional; Vulnerabilidade em Saúde (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe the elements of vulnerability of under-two-year-old child related to nutritional dysfunctions, identified by primary care nurses.

Materials and Methods: a qualitative-descriptive study conducted in a city in southern Brazil, with six nurses serving the basic health unit and also the family health strategy model. The data collection was by focus group, from January to February 2015. The content analysis of Bardin thematic categories was adopted and for the organization and data processing, it was used the Iramuteq® computer program.

Results: the text data analysis used was the hierarchical descending classification, this software processed and organized the data in six texts, distributed in 106 segments, of which 81 (76,4 %) were used. The analysis of the data expressed the following categories: *Unfavorable environment for healthy infant feeding and Shared practices and responsibilities in the management of breastfeeding*. They demonstrated that the environment encompasses family, cognitive and maternal health socioeconomic deficits, bad social and family network as well as strong impact of marketing and weak supervision of public policies.

Conclusion: understanding the elements of vulnerability can allow a close dialogue between the different intersectoral and professional segments, whose common objective is the understanding that diseases and disabilities are influenced by political, social and economic aspects.

Descriptors: Child Health; Nutritional Status; Health Vulnerability (source: DeCS, BIREME).

Introducción

Reducir las desigualdades y llegar a los más vulnerables recién nacidos y niños, así como a sus madres, son prioridades para disminuir las muertes evitables, siendo esta una de las metas de los Objetivos del Milenio (1, 2).

La morbimortalidad infantil se correlaciona directamente con los agravamientos nutricionales, por lo tanto, la intervención nutricional en la fase inicial de la vida tiene mayor impacto en la prevalencia de las enfermedades, calidad y expectativa de vida y en el costo de los servicios de salud (3). Desde su nacimiento, el niño depende del potencial nutricional de la madre, siendo vulnerable a las dificultades alimentarias que ella enfrenta. Dichas dificultades abarcan su contexto histórico-social y el soporte de los servicios de salud, pues los aspectos político-programáticos basan la asistencia y acciones de la salud materno-infantil (4).

Considerando los factores que se asocian con las condiciones de salud del niño, este estudio se pauta en el concepto de vulnerabilidad, que se entiende como la posibilidad de los individuos o de la comunidad de ser susceptibles a la enfermedad, según las dimensiones: individual, social y programática. Tal concepto abarca una amplia gama de condiciones de salud, que no se limitan al contexto puramente biológico, sino también social, político y económico (5, 6).

El profesional de enfermería puede partir del concepto de vulnerabilidad para identificar las condiciones que influyen en la atención nutricional adecuada del niño. Por lo tanto, el reconocer y entender las condiciones que rodean la atención de enfermería a disposición del niño, permite ampliar y profundizar las discusiones y reorganizar las acciones. Siendo así, es necesario aprender del personal de enfermería su comprensión sobre este concepto.

El objetivo del presente trabajo es describir los elementos de vulnerabilidad del niño menor de dos años relacionados con las disfunciones nutricionales, identificados por los enfermeros de atención primaria.

La pregunta que dirigió el estudio fue: ¿cuáles son los elementos de vulnerabilidad reconocidos por el

personal de enfermería, relacionados con las disfunciones nutricionales en niños menores de dos años?

Materiales y métodos

Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con enfermeras de una capital al sur de Brasil, entre enero y febrero del 2015. El lugar de estudio se eligió intencionalmente a partir de los datos del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Nutricionales del 2013, el cual señaló al Distrito de Salud como el de mayor porcentaje de niños con bajo peso al nacer y con niños menores de dos años de muy bajo peso.

Este distrito se compone de once centros de salud de atención primaria, de los que cinco están incluidos en el programa Estrategia Salud de la Familia (ESF) y seis pertenecen a servicios de Unidad Básica de Salud (UBS), primer nivel en atención sanitaria. Es conveniente mencionar que la atención básica de salud en Brasil se desarrolla en todo el territorio nacional. La ESF se aplica en regiones con riesgo de vulnerabilidad (6).

Se consideró criterio de inclusión: la dotación de los profesionales de salud-enfermeros que actúan en las UBS y ESF del Distrito Sanitario –el cual fue identificado como el de mayor índice de agravios nutricionales en niños de 0 a 24 meses–, por ser la práctica profesional sujeto de interés de estos investigadores. El criterio de inclusión buscó captar participantes con experiencia en el cuidado de familias con niños con déficits nutricionales, pues podrían describir mejor las vulnerabilidades de estos menores. Y como criterios de exclusión se aplicaron: no cumplir criterios arriba descritos, estar de vacaciones, tener licencia médica, alejamiento del trabajo por otro motivo o no estar de acuerdo con participar de la investigación.

Se invitó a un profesional en enfermería de cada centro de salud. Solo seis enfermeras aceptaron participar en el estudio. A cada enfermera se le asignó un número de codificación (Enf01Esf01, Enf02Trad02, Enf03Trad03, Enf04Trad04, Enf05Esf05, Enf06Esf06). Para la recolección de datos se utilizó la técnica de grupo de enfoque, en donde las discusiones fueron grabadas y transcritas. La reunión tuvo una duración de una hora y media y se basó en una guía con las siguientes preguntas:

- En su opinión, ¿qué ocasiona los problemas nutricionales en niños menores de dos años?

- Describa una situación en la que se dio cuenta de que el trastorno nutricional perjudicó o comprometió la salud del niño.
- ¿Qué podría hacerse para cambiar esta situación? Especifique las acciones o actividades realizadas en su área que promueven una nutrición saludable.

Después de transcribir los discursos de los participantes, se organizaron y procesaron los datos mediante el *software* Iramuteq® (7) (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que no se considera un método sino un instrumento de explotación de datos estadísticos sobre variables cualitativas. Es una herramienta que garantiza la imparcialidad en la organización y procesamiento de los datos obtenidos, y que permite el análisis estadístico de corpus textuales y tablas individuales/palabras. En este estudio se adoptó el análisis multivariante (clasificación jerárquica descendente, análisis posfactorial).

En lo que se refiere al análisis de los datos, se implementó el análisis de contenido de categorías temáticas de Bardin (8). La interpretación de los datos se apoyó en el marco teórico de la vulnerabilidad y sus dimensiones, según propuso Ayres *et al.* (6).

Se siguieron los lineamientos COREQ (*consolidated criteria for reporting qualitative research*) (9) y se recibió aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Federal de Paraná en dictamen 832.521.

Resultados

El análisis de datos textuales utilizados fue la clasificación jerárquica descendente. Con el *software* Iramuteq® se procesaron y organizaron los datos en seis textos, distribuidos en 106 segmentos, de los cuales se aprovecharon 81 (76,4 %). Después del dimensionamiento y clasificación de los segmentos de los textos relacionados con el vocabulario, las clases de segmentos fueron definidas en medianas de tres líneas. La Figura 1 representa esta definición, ilustrada a partir del dendograma de la CHD.

La relación gráfica procesada por el *software* Iramuteq® presenta una aproximación léxica entre las categorías 1 y 2, mientras que la categoría 5 abarca las categorías 3 y 4.

Figura 1. Dendograma das classes gerado pelo *software* Iramuteq®. Vocábulos mais frequentes

Classe 5 21 %	Classe 4 23,5 %	Classe 3 21 %	Classe 2 16,1 %	Classe 1 18,5 %
Conselho tutelar	Muitas	Aleitamento materno	Era	Papel
Muito	Porque	Pois	Estava	Do
Suer	Nós	Profissionais de saúde	Mãe queria amamentar	Enfermeiro
Realmente	Alimentos industrializados	Em	Tinha	Monitoramento
Adolescente	Acho	Estão	Caso	Perguntas
Ser	Conter	Já	Receber	Saúde
Fazer	Por	Mas	Marido	Faz
Essa	Enfermeiros	Parer	Foi	É
Têm	Não	Consulta da nutricionista	Pelo	Condições
Profissional de saúde	Vai	Também	Introdução do leite artificial	Agente comunitário de saúde
Mães	Vezes	Ver	Desgaste	Fazer
Mesmo	Tem	Esta	Meses	Pré-natal
Porque	Condição social	Familia	Busca ativa	Busca ativa
Este	Então	Quando	Até	Importante
Paitre	Teve	Como	Mãe	Gestante
Grand	Isto	Tudo	Em	Acompanhamento
Amamentação materna	Dar	Crianças	Filho	Percebemos
Partir	Está	Alguma	Mesmo	Comportamento
Vider	Toda	Leite artificial como complemento	Um	Mãe
Importância	Sempre	Semana	Consegue	Filho
Cuidado da criança	São	Leite artificial	Fazemos	Criança
Leite	Casa	Responsabilidade	Boa	Avaliar
Outro	Consulta do enfermeiro	Sendo	Consulta de enfermagem	Anos
Unidade básica de saúde	Podem	Com	Antes	Outra
Casos	Temos	Pode	Sempre	Dizer
Ao	Logo	Grand	Patre	Tinha
	Agora	As	Consulta da nutricionista	Até

Fuente: elaboración propia.

Aquí no se expondrá el análisis del total de datos, sino solo dos categorías: *Ambiente desfavorable para la alimentación infantil sana y Prácticas y responsabilidades compartidas en el manejo de la lactancia.*

En la primera categoría los participantes entienden el medioambiente como un aspecto relevante para la alimentación del lactante y señalan como perjudicial para las prácticas adecuadas de alimentación en los dos primeros años de vida: el entorno familiar adverso, la influencia de los medios sobre los hábitos alimenticios y las debilidades de la política pública.

Considerando al medioambiente como un conjunto de relaciones recíprocas y cada vez más complejas entre actividades, participación biopsicológica humana, objetos y símbolos. Que sobreviene desde las primeras etapas del desarrollo del niño, cuyo comportamiento está influenciado por los sistemas que componen su universo en el tiempo y espacio (10).

En esta categoría surgieron algunos de los elementos de vulnerabilidad asociados con problemas

nutricionales expresados en el contexto familiar. Estos incluyen la poca orientación nutricional de la madre, condiciones socioeconómicas desfavorables de la familia que contribuyen a un destete temprano con consecuencias negativas para la salud del niño, hábitos y cultura intergeneracional inadecuada a la alimentación infantil y enfermedades maternas.

La falta de una red social en la familia para apoyar y sostener el complejo proceso de la lactancia materna. El papel de los medios de comunicación para fomentar el consumo de alimentos procesados no adecuados para la edad del niño, lo que indica la fragilidad de las políticas públicas de seguridad alimentaria, así lo demuestran los siguientes testimonios:

[...] dijo que no tenía los medios económicos para comprar otra leche artificial y dijo no tener leche materna; no podía amamantar porque tenía que conseguir un trabajo. Entonces el niño empezó a ir al servicio de urgencias por neumonía e infección de las vías urinarias [...] (Enf01Esf01).

[...]el personal de enfermería detecta que las condiciones de salud de la familia y la gestante son desfavorables, o [la gestante] tiene poco entendimiento, bajo nivel de educación, usa algunas sustancias químicas [...] (Enf01Esf01).

La cuestión de la cultura, el consumo de drogas, alcohol y sustancias que a veces ni siquiera son psicoactivas, el medicamento que ella utiliza [la madre]... todo eso interfiere [en el destete]. La propia influencia de la familia en la lactancia materna a veces interfiere con la orientación hacia una nutrición adecuada (Enf03Trad03).

El hecho de que la madre abandone la lactancia materna por la influencia de la familia, y cambie a leche artificial porque la abuela dice que la leche materna es débil (Enf06Esf06).

[...] preguntaba a la madre cómo ese niño, siendo el cuarto hijo, estaba desnutrido, pues debería tener conocimiento sobre cuidado infantil, cómo fueron sus embarazos anteriores, su experiencia de lactancia materna (Enf06Esf06).

A menudo, la madre no tenía orientación alimenticia en casa, no ofrece fruta o verduras diferentes y el niño quiere alimentos procesados como frituras, refrescos; niño de un año no puede hablar, pero pide refresco (Enf02Trad02).

[...] El niño succiona adecuadamente y la madre tiene leche, pero su marido presiona para que la madre dé leche artificial como suplemento, ya que fue prescrito [por el médico], y la suegra presiona también diciendo que la leche materna es débil y por eso el niño no aumenta de peso (Enf05Esf05).

Otro problema se asocia con los medios de comunicación, que estimulan fuertemente el consumo de refrescos. Muchas madres tienen problemas, no quieren dar el pecho porque es un embarazo no deseado, o amamantan por poco tiempo, uno o dos meses (Enf01Esf01).

Los problemas que no podemos manejar son los de tipo de políticas públicas que apoyen y promuevan la alimentación sana y natural; por el contrario, a menudo los medios de comunicación difunden más los alimentos procesados. Lamentablemente, las cosas que están detrás de todo esto son los intereses financieros, el patrocinio (Enf05Esf05).

La categoría *Prácticas y responsabilidades compartidas en el manejo de la lactancia* lleva a la discusión sobre las responsabilidades y compromisos de la familia en la nutrición infantil. También se discute el trabajo del equipo de enfermería en la detección y manejo de situaciones que tienden al destete precoz y a la introducción del biberón. Tales situaciones se expresan en las siguientes declaraciones:

[...] el compromiso en el cuidado de los niños, entiende que la nutrición no termina con la lactancia materna, sino que continúa en el transcurso de la vida del niño; sin embargo, se deja esta responsabilidad al profesional de la salud, el cual no está con la familia todo el día, dentro de la casa [del niño] (Enf02Trad02).

Las enfermeras no pueden perder de vista la responsabilidad que tiene la familia. La enfermera no toma sobre sí la responsabilidad de la familia (Enf03Trad03).

El trabajo de la estrategia de salud de la familia implica más profesionales de la salud, y facilita el trabajo en equipo. La consulta de la nutricionista

para los casos graves [problemas nutricionales]. Es importante el apoyo del nutricionista junto con otros profesionales de la salud y este apoyo tiene un buen rendimiento cuando se extrapolan las facultades y los recursos del personal de enfermería (Enf05Esf05).

Cuando es detectado [por el profesional de la salud] algún factor de riesgo [como el biberón], indica si será necesario intensificar la supervisión de profesionales de la salud, durante el cuidado prenatal, y la dieta de la madre también es importante. La nutrición materna está vinculada a la formación del tejido del niño (Enf06Esf06).

[...] es la práctica de la unidad de atención primaria, hay profesionales cualificados que están involucrados con la lactancia materna, pero como las madres no se involucran, asisten una semana, dos semanas. Las madres dejan de asistir a la unidad básica de salud y, a su regreso, el niño ya se encuentra con leche artificial en el biberón (Enf04 Trad04).

Discusión

Los elementos de vulnerabilidad nutricional en los niños menores de dos años, considerados por los participantes fueron la poca orientación nutricional de la madre, las condiciones socioeconómicas desfavorables de las familias, sus hábitos y cultura inadecuadas, las enfermedades maternas específicamente la mental y la mala red social y familiar.

Aunado a esto, se tiene el fuerte impacto del *marketing* de los medios de comunicación que exaltan los alimentos procesados y la débil supervisión de las políticas públicas. La ratificación de estos datos del estudio muestra las variables socioeconómicas, culturales y demográficas desfavorables como factor principal de los trastornos nutricionales en los niños (11).

En esta perspectiva, las condiciones socioeconómicas de las familias, identificadas como desfavorables, implican corresponsabilidades entre todos los niveles de intervención. La desigualdad social presente en los países en desarrollo obliga a realizar acciones gubernamentales de naturaleza política y programática (12).

El bajo presupuesto doméstico se reconoce como un obstáculo en el poder adquisitivo, hecho que trasciende lo profesional estrictamente normativo y prescriptivo, siendo parte de las dificultades que deben superarse (12, 13). Por lo tanto, las discusiones sobre la nutrición apropiada –y la demostración de que ella involucra esfuerzos intersectoriales– pueden asegurar una movilización popular efectiva, la cual beneficiaría indirectamente a las familias y al desarrollo del niño (14).

El aspecto socioeconómico desfavorable está directamente asociado a las posibilidades de desarrollar desnutrición infantil, pues el acceso a la alimentación de calidad es posible teniendo mejores condiciones financieras y sociales. Para ello, motivar inversiones económicas en la población de un modo general reduce el impacto negativo y, a largo plazo, evita perjuicios irreversibles para el desarrollo infantil (15).

Corroborando esta conclusión, el hallazgo que demuestra la incipiente comprensión materna de la calidad y los provechos de los alimentos frescos, esto conlleva un deterioro de la inmunidad de los niños (16). Se admite así que la orientación de los profesionales a las familias sobre la alimentación infantil saludable debe tener en cuenta las dificultades socioeconómicas existentes y crear con ellas oportunidades para la reflexión sobre los peligros de la ingesta errónea de alimentos (17, 18).

La influencia de la familia y el profesional de la salud no puede limitarse solo a fomentar la lactancia materna como un proceso fisiológico, sino que se requiere un entendimiento de la complejidad que implica el acto de la lactancia materna, que incluye un conjunto de aspectos históricos y cultu-

rales, creencias, valores, conceptos y experiencias familiares. Vale la pena señalar que la influencia negativa de la familia estimula la introducción de alimentos procesados (19).

Otro aspecto en la práctica de lactancia referido en las palabras de los participantes fue el uso de biberón como elemento de vulnerabilidad relacionada con agravios nutricionales. La utilización de este artefacto se conecta con patrones culturales de las familias y precede la introducción de alimentos industrializados, por perjudicar la lactancia exclusiva. El hallazgo del potencial trabajo interdisciplinario es reconocido como oportunidad de intervención positiva en la familia durante el uso precoz de biberón, que estaría vinculado a la probabilidad del destete total, con desventaja para la adecuada nutrición del niño (20).

En lo que atañe al consumo de alimentos no nutritivos, existe una fuerte correlación con el *marketing* masivo y abusivo dirigido a las familias, que incentiva el consumo desenfrenado de productos pobres en nutrientes, lo que se contrapone a las directrices de las políticas de alimentos y nutrición propuestas al lactante (21).

Se reconoce que durante el periodo de lactancia materna es menester compartir el cuidado de la salud del niño con la familia y con otros profesionales, haciendo posible así extrapolar la responsabilidad exclusivamente materna. En vista de que múltiples oportunidades de intervención aumentan a medida que se discuten casos y organizan estrategias de resolución con un aspecto diferente (22).

El intercambio de experiencias entre los profesionales refleja el reconocimiento de la labor multidisciplinaria en la ESF, lo cual proporciona una práctica de cooperación en el cuidado brindado al niño, la madre y la familia (23).

El profesional de la salud, considerado como referencia en la familia, posibilita el trabajo multidisciplinario que va al encuentro de las necesidades del binomio madre-niño, involucrando a la familia en su planificación. Por ende, tiene que valorar aspectos, además de las situaciones clínico-biológicas específicas o quejas presentadas por la madre u otros miembros de la familia (24).

El trabajo en equipo en el que se inserta el personal de enfermería permite la identificación temprana de las condiciones de vulnerabilidad, así como también del encaminamiento intersectorial apropiado, carac-

terizándose como una herramienta de acción importante (25). La correcta alineación de las informaciones, con el amparo y la dirección de profesionales de salud, posibilita la valorización de saberes de los individuos en su medio y potencializa el proceso decisorio dentro del espacio domiciliar (26).

Así, cada familia tiene diferentes puntos de vista sobre la alimentación adecuada del niño. La investigación realizada sobre la percepción familiar respecto al factor alimentario demuestra que este debe ser considerado por el profesional de la salud, a fin de alinear sus orientaciones profesionales a partir de la cultura y creencias familiares, elaborando guías más adecuadas para la familia (27).

En este panorama, el papel del profesional frente a las dimensiones que le son atribuidas se pauta en políticas públicas que contemplan estrategias de prevención y educación en salud para las poblaciones, en especial para los niños. En los servicios de salud, el enfermero, como parte de un equipo, asume el compromiso de ofrecer asistencia de calidad y busca garantizar seguridad para la madre y el bebé (28).

La comprensión del profesional en relación con la singularidad del universo familiar impacta profundamente en la práctica del cuidado. De esta manera, se recomienda estrechar el diálogo entre la familia y el equipo de salud (28).

Es una limitación del estudio la muestra de la investigación, por estar atada a enfermeros de un distrito sanitario; se cree que esta representatividad territorial puede expresar elementos de vulnerabilidad de los lactantes en la óptica de estos profesionales de primer nivel en atención de salud. De este modo, se sugiere el desarrollo de nuevos estudios que abarquen profesionales de diferentes distritos sanitarios ampliando la representatividad del municipio.

Conclusión

Los elementos de vulnerabilidad relacionan las condiciones que se derivan del contexto social, cultural y económico de las familias con la forma en que son percibidos frente a su inserción social y la toma de decisiones sobre sus vidas.

En este contexto, los aspectos que componen esta dimensión se vinculan a situaciones experimentadas por las familias en un campo desfavorable para la relectura de sus papeles como inmerso

en un sistema social que incluye las condiciones socioculturales y económicas.

El análisis de los elementos de vulnerabilidad considerados permite a los profesionales elaborar un plan de atención, con acciones preventivas de tipo ambulatorio y de carácter educativo que aborden las necesidades del niño y la familia. Las actividades deben detectar y encaminar las situaciones de exposición del niño o de la madre, con el fin de aumentar su resolución temprana.

Referencias

- (1) World Health Organization. Levels & trends in child mortality [Internet]. Ginebra: WHO; 2017 [citado 2018 ago. 12]. 40 p. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1AAkD9JSozeujOaC1XUJGgGUpxfcp0R86/view>
- (2) Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 en. 15];36(esp):16-23. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>
- (3) Singhal A. The role of infant nutrition in the global epidemic of non-communicable disease. *Proc Nutr Soc* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 11];75(2):162-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0029665116000057>
- (4) Mason JB, Shrimpton R, Saldanha LS, Ramakrishnan U, Victora CG, Girard AW et al. The first 500 days of life: policies to support maternal nutrition. *Glob Health Action* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 28];7(1):23623. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23623>
- (5) Silva DI, Larocca LM, Chaves MMN, Mazza VA. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun. 10];28(1):58-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428008>
- (6) Ayres JRCM, Paiva V, França JRI. From natural history of disease to vulnerability. In: Parker R, Sommer M. (eds.) *Handbook in Global Public Health*. New York: Routledge; 2011.
- (7) Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software análise textual IRAMUTEQ. Univer Fed de San Catar [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 30]:1-18. Disponible en: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- (8) Bardin L. *Análise de conteúdo*. 7. a ed. Sao Paulo: Edições; 2011.
- (9) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado 2017 may. 5];19(6):349-57. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

- (10) Bronfenbrenner U, Morris PA. The Bioecological Models of Human Development. In: Parker R, Sommer M. (eds.) Handbook of child psychology. 6 a ed. New York: Wiley; 2006.
- (11) Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 2];33(4):445-52. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.006>
- (12) Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2017 oct. 21];20(3):727-38. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15952014>
- (13) Torres LEAS, Sales JRP, Melo MCP, Mendes RNC, Mistura C. Influências sociais no processo de aleitar: percepções das mães. *Rev Espaço para a Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 sept. 17];15(1):25-36. Disponível em: <http://espacosasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosasaude/article/view/536>
- (14) Lee Y, Yoo J, Chung SJ, Lee SK, Kim H, Kim S. Effect of TV food advertising restriction on food environment for children in South Korea. *Health Promotion International* [Internet]. 2013 [citado 2017 oct. 26];32(1):25-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dato78>
- (15) Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface* [Internet]. 2013 [citado 2017 oct. 17];17(45):327-40. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>
- (16) Vollmer S, Hartlgen K, Subramanyam MA, Finlay J, Klasen S, Subramanyan SV. Association between economic growth and early childhood undernutrition: evidence from 121 demographic and health surveys from 36 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 24];2(4):e225-34. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70025-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70025-7)
- (17) Wu Q, Scherpbier RW, Velthoven MHV, Chen L, Wang W, Li Y et al. Poor infant and young child feeding practices and sources of caregivers feeding knowledge in rural Hebei province, China: findings from a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [citado 2017 sept. 25];4(7):e005108. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005108>
- (18) Borges CA, Claro RM, Martins APB, Villar BS. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 2017 oct. 21];31(1):137-48. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00005114>
- (19) Morrissey TW, Jacknowitz A, Vinopal A. Local food prices and their associations with children's weight and food security. *Pediatrics* [Internet]. 2015 [citado 2017 sept. 22];133(3):422-30. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-1963>
- (20) Kronborg H, Foverskov E, Vaeth M. Predictors for early introduction of solid food among danish mother and infants: an observational study. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2014 [citado 2017 sept. 5];14:1-10. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-243>
- (21) Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second months of life. *Ciênc Saude Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2017 sept. 5];20(4):1235-44. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00782014>
- (22) Huang L, Mehta K, Wong ML. Television food advertising in Singapore: the nature and extent of children's exposure. *Health Promot Int* [Internet]. 2011 [citado 2017 oct. 26];27(2):187-96. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1093/heapro/dar021>
- (23) Gudersen C, Ziliak JP. Childhood food insecurity in the U.S.: trends, causes and policy options. *The Future of Children* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 22];24(2):1-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1353/foc.2014.0007>
- (24) Costa L, Silva EF, Lorenzini E, Strapasson MR, Pruss ACF, Bonilha ALL. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepções de enfermeiras de Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [citado 2017 nov. 22];11(4):792-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i4.19414>
- (25) Moreno-Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 29];13(2):146-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=741286880006>
- (26) Eijdsden MV, Meijers CMC, Jansen JE, Kroon MLA, Vrijkotte TGM. Cultural variation in early feeding pattern and maternal perceptions of infant growth. *Br J Nutr* [Internet]. 2015 [citado 2017 sept. 30];114(3):481-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1017/S0007114515000951>
- (27) Yabuuti PLK, Bernardy CCF. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 27];38(2):344-56. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2014380200009>
- (28) Moura MAP, Rocha SS, Pinho DLM, Guilherm D. Facilidades e dificuldades dos enfermeiros no cuidar da alimentação infantil na atenção básica. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 25];39(2):231-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20153902231238>