**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na
perspectiva materna**

Rosiléia Carolina Prearo Pelegrin

**Ribeirão Preto
2008**

ROSILÉIA CAROLINA PREARO PELEGRIN

**O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na
perspectiva materna**

**Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem
em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública**

**Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Saúde
da Mulher no ciclo vital**

Orientadora: Ana Márcia Spanó Nakano

**Ribeirão Preto
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

Pelegrin, Rosiléia Carolina Prearo

O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna.

167 p. : il. ; 30cm

Tese de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Nakano, Ana Márcia Spanó.

1. Saúde Materno-infantil 2. Alimentação Complementar. 3. Alimentação infantil

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rosiléia Carolina Prearo Pelegrin

O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem em
Saúde Pública, pelo programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de
pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no ciclo vital.

Aprovada em : _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Aos meus pais Sebastião e Odete,
que me incentivaram e apoiaram em todos os momentos
de minha vida e mobilizaram todos os esforços para que
eu pudesse concretizar meus objetivos.*

*Ao meu companheiro Marcelo,
Pelas palavras de incentivo e ânimo
Pela compreensão desse momento
Pelo apoio nesta etapa de minha vida
Por me mostrar que nunca estou sozinha*

*À minha irmã Rosimeire,
Por sempre estar a meu lado
Por compartilhar das minha angústias
Por dividir sorrisos
Obrigada por tudo!*

Agradecimento especial

À Profa. Ana Márcia Spanó Nakano,

Pelo exemplo de competência profissional

Pelo incentivo em mais esta etapa

*Por dividir comigo as dificuldades e alegrias deste
processo*

Por me orientar para a titulação e para a vida.

Meu muito obrigado!

Agradecimentos

*À **Profa. Isília Aparecida Silva**, idealizadora do projeto multicêntrico, que permitiu que realizássemos este estudo no município de Ribeirão Preto.*

*À **Profa. Flávia Azevedo Gomes** pela grande participação na trajetória da pesquisa multicêntrica, pelas sugestões apontadas neste estudo e pelo incansável apoio. Muito obrigada!*

*Ao **Prof. Vanderlei José Haas** pelo empenho, dedicação, paciência e auxílio na parte estatística deste estudo.*

*Às **Profas Maria das Graças Bomfim de Carvalho e Marta Neves Campanelli M. Vieira** pela grande contribuição no meu processo de qualificação.*

*Às enfermeiras **Márcia Cristina Ferreira dos Reis, Juliana Stefanello, Juliana Monteiro e Cláudia Arcari** pela disponibilidade e colaboração com este estudo.*

*Às companheiras de turma **Carol Pitangui, Lígia e Mariana**, por compartilhar desta jornada.*

*A todos os **funcionários** do Departamento Materno Infantil e da pós-graduação da EERP-USP pela ajuda na construção deste estudo.*

*Aos **funcionários** da UBDS Dr. Marco Antônio Sahão, local do desenvolvimento deste estudo, obrigada pelo apoio e pela confiança.*

*A todas as **mães** participantes deste estudo, cuja disponibilidade permitiu que este estudo pudesse ser realizado.*

RESUMO

PELEGRIN, R.C.P. **O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna.** 2008. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP. 2008.

No primeiro ano de vida, os cuidados com a criança são de importância vital devido ao fenômeno do crescimento/desenvolvimento e sua dependência. Neste contexto, um fator imprescindível dentre suas necessidades básicas é a nutrição. Oferecer à criança alimentos que não o leite materno antes do sexto mês de vida é, em geral, desnecessário e pode deixar a criança mais suscetível a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição. Entretanto, a introdução tardia de alimentos não lácteos no esquema alimentar infantil leva ao aparecimento de retardo de crescimento e deficiências nutricionais. O Ministério da Saúde, bem como a OMS, preconizam o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade e a oferta do leite materno até os dois anos. O objetivo deste estudo constituiu analisar o cuidado materno na alimentação das crianças menores que um ano, considerando o perfil da alimentação ofertada pelas mães e a compreensão que estas fazem destes cuidados às crianças. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, baseado em dados quantitativos e qualitativos. É parte de um projeto multicêntrico intitulado “Deficiência de ferro em crianças entre 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo”. Foi realizado no ambulatório da Unidade Distrital de Saúde Dr. Marco Antônio Sahão, na cidade de Ribeirão Preto-SP e constituído por 122 mães. Os dados foram coletados através de um instrumento adaptado e entrevista após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados quantitativos foram analisados no programa SPSS (versão 11.5), realizando-se uma distribuição simples de frequência. O conteúdo das entrevistas foi categorizado com base na técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Observou-se que 5,7% recebiam AME, 10,6% estavam em AMP e 47,5% em AM. As demais 44 estavam desmamadas ou nunca mamaram. Das 70 crianças menores de 6 meses, 82,8 % faziam uso de água / chá, 61,4% continha frutas em sua dieta, 32,8 % consumiam legumes, 7,2 % verduras e um pequeno percentual caldo de carne e carne. Quando analisamos as crianças maiores de 6 meses, idade em que se recomenda a introdução da alimentação complementar, identificamos o consumo reduzido de verduras (55,8%), de carnes (65,4%) e feijão (32,7%). Quanto à análise qualitativa, sobre a primeira categoria temática, identificamos os seguintes núcleos de sentido: a criança como centro de atenção; prover a criança de suas necessidades; alimentação como espaço de presença materna. Na segunda categoria temática, o significado dos alimentos, depreendemos dois núcleos de sentido: o bom alimento é o que sustenta a criança; o bom alimento é o que tem vitaminas. Na terceira categoria temática, o significado da alimentação, identificou-se quatro núcleos de sentido: faz a criança ficar saudável e se desenvolver; a criança precisa comer muito e de tudo; é uma parte do processo da vida que ela aprende a comer; adaptando a criança à comida da família e a família à comida da criança. Tanto as mulheres como os profissionais de saúde carecem de melhor instrumentalização quanto a alimentação complementar e os guias alimentares que, embora representem um importante instrumento na educação nutricional, requerem adequações que considerem não só as crianças em aleitamento materno mas também as especificidades que ocorrem na alimentação infantil. Importante considerar a mulher como agente do cuidado na alimentação infantil e provê-la de suporte necessário a condução de práticas alimentares que atendam as recomendações para uma alimentação complementar adequada e oportuna.

Palavras-chave: Saúde materna - infantil. Alimentação complementar. Alimentação infantil.

ABSTRACT

PELEGRIN, R.C.P. **The care of food in children less than one year old in maternal perspective.** 2008. 167 f. Thesis (Master) – College of Nursing, University of São Paulo at Ribeirão Preto – SP. 2008.

In the first year of life, the care with child is vital importance due to the phenomenon of growth / development and its dependence. In this context, a vital factor among their basic needs is the nutrition. Offer the child food than breast milk before the sixth month of life is generally unnecessary and can leave the child more susceptible to diarrhea, respiratory infections and malnutrition. However, the late introduction of foods no milk in infant feeding scheme leads to the emergence of growth retardation, and nutritional deficiencies. The Ministry of Health and the OMS recommend exclusive breastfeeding up to 6 months of age and supply of milk up to two years old. The purpose of this study was examining the care of maternal nutrition in children less than one year old, considering the profile of the food offered by mothers and understanding that they do care for these children. This is a descriptive and exploratory study, based on quantitative and qualitative data. It is part of a multicentric project entitled "Iron deficiency in children between 3 to 12 months: understanding determinants of biological, social and their implications for the encouragement of exclusive breastfeeding". It was done in the Ambulatory Unit of the District Health Dr. Marco Antonio Sahão in the city of Ribeirão Preto-SP and formed by 122 mothers. The data were collected through an interview and adapted after the signature of the Free and Informed Consent Term. The figures quantitative were analyzed in SPSS (version 11.5), holding up a simple distribution of frequency. The content of the interviews was categorized based on technical analysis of content, thematic way. It was observed that 5.7% received AME, 10.6% were in AMP and 47.5% in AM. The other 44 were weaned or never breastfeeding. Of the 70 children under 6 months, 82.8% were using water / tea, 61.4% contained fruit in their diet, 32,8% consumed vegetables, 7.2% vegetables and a small percentage of meat and meat broth . When we analyses children older than 6 months, age at which recommends the introduction of supplementary feeding, identified the reduced consumption of vegetables (55.8%), meat (65.4%) and beans (32.7%). As for the qualitative analysis on the first thematic category, we identified the following clusters of meaning: the child as the centre of attention, provide the child of their needs; nutrition as an area of maternal presence. In the second thematic category, meaning the food, deduct two clusters of meaning: the good food is what sustains the child, the good food is what has vitamins. In the third thematic category, the meaning of food, there were identified four clusters of meaning: does the child stay healthy and develop, the child needs to eat well and everything, is a part of the process of life she learns to eat; adapting the child to the family's food and the family's food of the child. Both women and health care professionals need further instrumentation on complementary feeding and food guides that while representing an important tool in nutritional education, require adjustments they consider not only children in breastfeeding but also the specific features that occur in food child. It's important to consider the woman as the agent of care in infant feeding and it provides the support needs to the conduct of feeding practices that meet the recommendations for a timely and appropriate complementary feeding.

Keywords: Health mother - infant. Complementary feeding. Infant feeding.

RESUMEN

PELEGRIN, R.C.P. **El cuidado con alimentación de los niños menores de un año en perspectiva materna.** 2008. 167 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto – SP. 2008.

En el primer año de vida, los cuidados con las criaturas son de vital importancia debido al fenómeno de crecimiento/desarrollo y su dependencia. En este contexto, un factor imprescindible mientras sus necesidades básicas es la nutrición. Ofrecer al niño alimentos que no sea la leche materna antes del sexto mes de vida es, generalmente, innecesario y puede dejar a los niños más susceptibles a las diarreas, las infecciones respiratorias y la desnutrición. Entretanto, la introducción tardía de los alimentos no lácteos en la alimentación de los lactantes lleva a la aparición de retraso del crecimiento, y las deficiencias nutricionales. El Ministerio de la Salud, bien como la OMS recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el suministro de la leche materna hasta dos años. El objetivo de este estudio fue examinar el cuidado materno en la alimentación de los niños menores de 1 año, teniendo en cuenta el perfil de la alimentación ofrecida por las madres y el entendimiento de que lo hacen de atención para estos niños. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, basado en datos cuantitativos y cualitativos. Es parte de un proyecto multicéntrico intitulado "La deficiencia de hierro en niños mientras 3 a 12 meses: la comprensión de los determinantes biológicos, sociales, y sus consecuencias para el fomento de la lactancia materna exclusiva." Fue realizado en el ambulatorio de la Unidad de Salud del Distrito doctor Marco Antonio Sahão, en la ciudad de Ribeirão Preto-SP y formada por 122 madres. Los datos fueron recolectados a través de un instrumento adaptado y entrevista tras la asignatura del Termo de Consentimiento Libre e Informado. Las cifras fueron observadas en el programa SPSS (versión 11.5), hasta la celebración de una simple distribución de la frecuencia. El contenido de las entrevistas se clasifica sobre la base de un análisis técnico de los contenidos, modalidad temática. Se observó que el 5,7% recibió la AME, el 10,6% se encontraban en AMP y 47,5% en AM. Los otros 44 fueron desmamados o nunca mamaran. De los 70 niños menores de 6 meses, 82,8% estaban usando agua y té, 61,4% usaban las frutas en su dieta, 32,8% usaban verduras, 7,2% hortalizas y un pequeño porcentaje de caldo de carne y carne. Cuando examinamos los niños mayores de 6 meses, edad que se recomienda la introducción de alimentación complementaria, se refiere a la reducción del consumo de hortalizas (55,8%), carne (65,4%) y frijoles (32,7%). Cuanto análisis cualitativos en la primera categoría temática, hemos identificado los siguientes grupos de significado: el niño como el centro de atención; proporcionar al niño sus necesidades, la nutrición como un espacio de presencia materna. En la segunda categoría temática, lo significado, de los alimentos, deducimos dos grupos: el buen alimento es lo que sostiene el niño, el buen alimento es lo que tiene vitaminas. En la tercera categoría temática, el significado de las alimentaciones, se identificaron cuatro grupos: el niño se mantenga sano y desarrolla; el niño necesita comer mucho y de todo, es una parte del proceso de la vida que ella aprende a comer; adaptando el niño a la comida de la familia y la familia al alimento del niño. Tanto las mujeres como los profesionales de la salud necesita más instrumentación cuanto la alimentación complementaria y guías de alimentos que, si bien representado es un instrumento importante en la educación nutricional, pero requieren ajustes. Importante considerar a la mujer como agente del cuidado en la alimentación infantil y la atención que presta apoyo necesario a la realización de prácticas de alimentación.

Palabras clave: Salud materna - infantil. Complemento alimenticio. Alimentación del niño.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipos de nutrientes e grupos alimentares	51
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Distribuição das mães de crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , (n=122) segundo faixa etária, escolaridade, relação conjugal e número de filhos, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP..... 69
- Tabela 2-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo sexo, idade (em meses), no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP..... 71
- Tabela 3-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo tipos de aleitamento, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP..... 72
- Tabela 4 -** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo consumo de leite artificial, água/chá e aditivos , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP 76
- Tabela 5-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo consumo de frutas, legumes e verduras , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP 78
- Tabela 6-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo consumo de caldo de carne, carne, frango/aves , fígado e peixe , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP..... 80
- Tabela 7-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo consumo de caldo de feijão, feijão, arroz/ macarrão, gema de ovo e ovo inteiro , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP..... 82
- Tabela 8-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo consumo de café e refrigerante , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP .. 83
- Tabela 9-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AMP* (n=13) , segundo consumo de água/chá, açúcar e suco/frutas , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP..... 86
- Tabela 10-** Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AM* (n=58), segundo consumo de água/chá, leite integral, leite em pó e achocolatado , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP..... 87

Tabela 11- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AM* (n=58), segundo consumo de açúcar, engrossante, café, refrigerante , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	88
Tabela 12- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AM* (n=58), segundo consumo de arroz/macarrão e bolacha/pão , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	89
Tabela 13- Distribuição das crianças de 3 a 12 incompletos meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AM* (n=58), segundo consumo de frutas, legumes e verduras , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP	90
Tabela 14- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AM* (n=58), segundo consumo de gema de ovo, ovo inteiro, caldo de feijão e feijão , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	91
Tabela 15- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AM* (n=58), segundo consumo de caldo de carne, carne, peixe, aves e fígado , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	93
Tabela 16- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de água/chá, leite integral, leite em pó e achocolatado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	94
Tabela 17- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de açúcar,engrossante,café e refrigerante , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	96
Tabela 18- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de frutas, legumes e verduras , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP	97
Tabela 19- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de alimentos , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP	98
Tabela 20- Distribuição das crianças de 3 a 21 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de caldo de carne, carne, peixe, aves, fígado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	99

Tabela 21- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de gema de ovo, ovo inteiro, caldo de feijão e feijão, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	101
Tabela 22- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em NM* (n=3), segundo consumo de água/chá, leite integral, leite em pó, achocolatado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	102
Tabela 23- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em NM* (n=3), segundo consumo de açúcar, engrossante, café e refrigerante , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	103
Tabela 24- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em NM* (n=3), segundo consumo de frutas, legumes e verduras , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP	104
Tabela 25- Distribuição das crianças de 3 a 11 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em NM* (n=3), segundo consumo de arroz/macarrão e bolacha/pão , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP	105
Tabela 26- Distribuição das crianças de 3 a 11 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em NM* (n=03), segundo consumo de caldo de carne, carne, peixe, aves, fígado , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	106
Tabela 27- Distribuição das crianças de 3 a 11 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em NM* (n=3), segundo consumo de gema de ovo, ovo inteiro, caldo de feijão e feijão, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto – SP.....	107

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral	26
2.2 objetivo Específico	26
3. QUADRO TEÓRICO	28
3.1 A construção social da mulher como agente do cuidado materno.	28
3.2 O cuidado na alimentação de crianças menores de um ano.	33
3.2.1 O Aleitamento Materno	35
3.2.2 O aleitamento artificial	40
3.2.3 A Alimentação Complementar	43
3.2.4 Alimentação Complementar de Transição	47
3.2.5 Comportamento alimentar	53
4. METODOLOGIA.....	57
4.1 Delineamento do Estudo.....	57
4.2 Delineamento das etapas da pesquisa.....	58
4.3 Local do Estudo	59
4.4 Sujeitos do estudo.....	60
4.5 Coleta dos dados e instrumentos da pesquisa.....	61
4.6 Variáveis do estudo	62
4.7 Análise dos Dados	64
4.8 Procedimentos éticos	65
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
5.1 Análise Quantitativa	68
5.1.1 Caracterização sócio-demográfica e variáveis materno-infantis.....	68
5.1.2 Caracterização da alimentação infantil.....	71
5.1.2.1 Quanto ao tipo de aleitamento	71
5.1.2.2 Quanto a Alimentação Complementar	74
5.1.2.2.1 Aleitamento artificial, água / chá, e aditivos	75
5.1.2.2.2 Quanto a frutas, legumes e verduras.	77

5.1.2.2.3 Quanto a caldo de carne, carne, frango / aves, fígado e peixe	79
5.1.2.2.4 Quanto a caldo de feijão, feijão, arroz/macarrão, gema de ovo, ovo inteiro, pão/ bolacha.....	80
5.1.2.2.5 Quanto a café e refrigerante	83
5.1.2.3 Caracterização da alimentação complementar segundo tipo de aleitamento.	84
5.1.2.3.1 Aleitamento materno predominante	85
5.1.2.3.2 Aleitamento materno	86
5.1.2.3.3. Desmamados.....	93
5.1.2.3.4. Nunca mamou.....	102
5.2 Análise Qualitativa	108
5.2.1 O significado do cuidado.....	108
5.2.2 O significado do alimento	118
5.2.3 O significado da alimentação.	125
6. CONSIDERAÇÕES	137
7. REFERÊNCIAS	148
APÊNDICES	161
ANEXOS	167

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No primeiro ano de vida, os cuidados com a criança são de importância vital, pois esta é uma fase de extrema vulnerabilidade devido ao fenômeno do crescimento/desenvolvimento e sua dependência. Neste contexto, um fator imprescindível dentre suas necessidades básicas é a nutrição.

A este respeito Simon, Souza e Souza (2003) consideram que a adoção de práticas alimentares adequadas nos primeiros anos de vida é de extrema importância, pois nesse período os hábitos alimentares da criança são estabelecidos e continuarão na adolescência e idade adulta.

O fenômeno do crescimento/desenvolvimento envolve muito mais do que simples aumento de tamanho. Ele também é composto por mudanças funcionais e de composição corporal, as quais são refletidas nas necessidades nutricionais. Para a avaliação do estado nutricional da criança e dos fatores de risco de desnutrição é fundamental que se investigue o aleitamento materno, o processo de desmame e a alimentação atual, recorrendo a um recordatório alimentar, alimentos habitualmente consumidos, incluindo frequência, armazenamento, preparo e oferta. Hábitos alimentares incorretos, modismos, crenças e tabus podem contribuir para uma alimentação inadequada (SPINELLI, 2002).

O Leite Materno ofertado de forma exclusiva é, sem dúvida, o melhor alimento para o lactente nos primeiros seis meses de vida. Estudos realizados nos Estados Unidos, Inglaterra, Guatemala, Chile e Brasil permitem afirmar que a morbi-mortalidade infantil é menor entre crianças alimentadas com leite materno, quando comparadas com as que recebem outros tipos de leite (SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1999).

Oferecer à criança alimentos que não o leite materno antes do sexto mês de vida é, em geral, desnecessário e pode deixar a criança mais susceptível a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003).

Entretanto, se por um lado, o aleitamento materno protege o lactente no início da vida, por outro, sabe-se que a introdução tardia de alimentos não lácteos no esquema alimentar infantil leva ao aparecimento de retardo de crescimento e deficiências nutricionais, com sérios prejuízos à saúde da criança (SOUZA; SZARFARC; SOUZA, 1999).

Embora haja consenso sobre a importância do aleitamento materno, muito ainda se discute sobre o tempo ideal de sua manutenção e melhor época para oferecimento de outros alimentos que não o leite materno, alimentos estes conhecidos como Alimentos Complementares.

A maioria dos pesquisadores concorda que a Amamentação Exclusiva deva ocorrer até o sexto mês de vida, período em que deve ser iniciada a alimentação complementar gradativa. Paralelamente, deve-se manter o aleitamento materno até os dois anos de idade (BRASIL, 2002; MONTE; GIUGLIANI, 2004; PALMA, 2004).

Apesar de haver consenso que o leite materno é o melhor alimento para a criança até os seis meses, aumentar a taxa de amamentação exclusiva, nesse período, continua sendo um desafio em todo o mundo.

Segundo a World Health Organization (2001), o número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno até os 6 meses, em todo o mundo, é menor que 35%, e os alimentos complementares oferecidos aos lactentes são, freqüentemente, inapropriados, provocando agravos à saúde destes.

De acordo com dados do Ministério da Saúde de 1999, a porcentagem de crianças amamentadas até os seis meses de vida cresceu no Brasil, entretanto, esses índices por região ainda são baixos (16,6% no Sudeste; 35,9% no Centro-Oeste; 20% no Nordeste; 19,5% no

Norte e 68,4% no Sul - dados de 1999). Segundo o Ministério, a média de aleitamento materno exclusivo da população brasileira em 1999, era de 23 dias, contudo, de aleitamento materno incluindo também outro tipo de alimentação na dieta da criança era de 9 meses e 9 dias . A prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de 4 meses foi de 35,6% e a duração mediana do aleitamento materno (AM) de 10 meses (BRASIL, 2008).

Venâncio et. al. (2002), em um estudo sobre frequência e determinantes do aleitamento materno com 33 735 crianças menores de um ano de 84 municípios do Estado de São Paulo, em dia nacional de vacinação, observaram que mães com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas constituem categorias de risco para introdução de outros alimentos na alimentação de seus filhos menores de 6 meses de idade. Verificaram também que o trabalho informal e o desemprego influenciaram no desmame precoce. A prevalência do AME variou de 8,4% a 54% em crianças menores de 4 meses de vida.

Em Ribeirão Preto, utilizando-se da mesma metodologia em duas pesquisas nos anos de 1999 e 2003 verificou-se que no ano de 1999, os índices de AME foi de 18,8% e de 12,7% em menores de 4 e 6 meses de vida, respectivamente, e índices de Aleitamento Materno Predominante (AMP) de 40,3% e de 32,9% em menores de 4 e 6 meses de vida, respectivamente. O índice de AM em menores de 1 ano de idade foi de 55,5%, com duração média do aleitamento materno de 6 meses. Por outro lado, entre as crianças entre 6 e 9 meses que estavam em alimentação complementar, 35,1% estavam recebendo além do leite materno, alimentos sólidos e semi-sólidos (PEREIRA et al., 2004).

A mesma pesquisa em 2003 revelou melhora em todos os indicadores de aleitamento materno, particularmente no índice de AME que em menores de 4 e 6 meses foi de 35,3% e 24,2%, respectivamente. Quanto ao índice de AMP em menores de 4 e 6 meses de vida foi de 21,9% e 12% , respectivamente, e o de AM em menores de 1 ano de idade foi de 60,4% com

duração média do AM de 7 meses (PROGRAMA DE ALEITAMENTO MATERNO DA SMS, 2003).

A partir dos 6 meses de vida o aleitamento materno deve ser complementado de modo a garantir o atendimento das necessidades nutricionais da criança. Neste sentido, a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbidades na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso (MONTE ; GIUGLIANI, 2004).

O período de introdução da alimentação complementar é uma etapa crítica que, com frequência, pode conduzir a enfermidades quando a criança não recebe uma dieta adequada (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003).

É inquestionável a importância da alimentação da criança nessa fase, uma vez que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem não só trazer prejuízos imediatos à saúde da criança, como o aumento da morbi-mortalidade infantil e má nutrição, mas também deixar seqüelas futuras como retardo no crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas (BRASIL, 2002).

Algumas doenças como aterosclerose e hipertensão começam na infância e os hábitos que possibilitam seu desenvolvimento são programados no início da vida (ANGELIS, 1995).

Wright e Oliveira (1985) já diziam que a alimentação de crianças de zero a um ano de idade está intimamente ligada aos padrões e hábitos alimentares da família e sofre também a influência do aspecto ideológico. Ressaltam que os alimentos lácteos são os mais comuns na dieta das crianças em detrimento das carnes, frutas e verduras, e também apontam o fato de que as mães nem sempre fornecem quantidade e proporções adequadas dos alimentos para a idade da criança ou então, para “matar a fome”, as mães substituem as refeições por biscoitos e bolachas.

Souza, Szarfarc e Souza (1999) fazem referência a um estudo realizado em capitais brasileiras que demonstrou que os alimentos que predominavam na dieta de desmame eram os

mingaus feitos com leite, amido e açúcar. Verificaram que, aos três meses de idade, a maioria das crianças já se encontrava em processo de desmame e com início de outros tipos de leite no esquema alimentar. Em contra partida, crianças entre 9 e 12 meses recebiam de 4 a 6 mamadeiras por dia, o que parece excessivo para crianças que já eram alimentadas com duas refeições de sal. Isto mostra que o leite estava sendo consumido como complementação das refeições. Os autores também encontraram que a introdução da carne se dava precocemente aos três meses de idade, enquanto o feijão era introduzido tardiamente.

Simon, Souza e Souza (2003), em seu estudo, observaram a introdução precoce da maioria dos alimentos e chamam atenção para os embutidos, que apesar de não serem recomendados para a alimentação do lactente, eram bastante utilizados pelas mães.

A introdução dos alimentos, assim como o aleitamento materno, sofre influência de diversos fatores estreitamente ligados, entre os quais merecem destaque, a mãe, por constituir o elemento fundamental nos cuidados com a criança, e o contexto familiar, sócio-cultural e econômico (CTENAS ; VITOLO, 1999).

Segundo Dytz (1998), na organização familiar comum, a mãe é quem fica encarregada da maior parte dos cuidados da criação e educação da criança. É, em geral, quem cuida daquilo que a criança come e bebe, de quando dorme e do que veste.

Jaggar e Bordo (1997) consideram que o cuidar é uma atividade regida pelo gênero. No ambiente doméstico cabe à mulher a realização de um montante desproporcional de atividades do cuidado. A essência do ser mãe é de ser para o outro, o filho frágil e dependente.

Toda essa construção social acerca do ser mãe embute na mulher o dever de cuidar bem e dentro desse cuidado se insere o processo da alimentação.

No entanto, com a sobrecarga de funções (mulher-casa, mulher-mãe, mulher-esposa, mulher-trabalho), a mulher-mãe opta por alimentos preparados, prontos, macios, de mais fácil preparo ou deglutição, porque alimentos crus, mais duros e naturais demandam tempo no

preparo e na hora de alimentar a criança. Ou então, a angústia advinda de uma estressante sessão de alimentação de uma criança que não come ou o faz de modo morosamente torturante, ou que chora, faz com essa mãe opte por se utilizar de recursos dos quais sabe que surtirão efeito: como uma boa mamadeira. Conforme explica Valle et al. (2001), as mães consideram a utilização da mamadeira e o consumo de produtos industrializados bastante práticos, de fácil manuseio e preparo.

Particularmente, a transição do Aleitamento Materno para a Alimentação Complementar é uma fase, comumente, repleta de dúvidas, dificuldades, receios e ansiedades por parte das mães.

A introdução dos Alimentos Complementares deve ser lenta e gradual. Há crianças que se adaptam muito bem aos novos alimentos, outras precisam de mais tempo. Isso não deve ser motivo de ansiedade e angústia para as mães. Elas devem ser informadas de que a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas dos alimentos, pois tudo lhe é novo: a colher, a consistência dos alimentos, o sabor (BRASIL, 2002).

O conhecimento da mãe sobre o aspecto nutricional é apenas um dos muitos fatores que interferem nas decisões de amamentação, desmame e na oferta de outros alimentos. Têm-se, em primeiro lugar, as interpretações da mãe sobre o comportamento da criança (distinção entre choro de fome e de outras demandas). Em segundo lugar têm-se as necessidades da mãe e da família (situação financeira, descanso, companheiro, outros filhos). Em terceiro lugar têm-se as expectativas geradas pelas orientações dadas pelos profissionais e pela família (SKINNER, 1998).

Na prática profissional, observamos que muito se fala e se orienta sobre aleitamento materno, muitos programas são criados e muitas ações direcionadas. No entanto, a introdução da alimentação complementar muitas vezes é relegada a segundo plano, quando deveria ser tratada paralelamente à amamentação. Essa lacuna suscita indagações e reflexões quanto a

como nossas crianças estão se alimentando. A este respeito, Brunken et al. (2006) refere que desde a década de 1970, ocorreram muitas pesquisas e avanços em relação à promoção do aleitamento materno, mas, infelizmente, a alimentação complementar não tem sido muito explorada.

Arelado à pouca atenção a alimentação complementar da criança menor de 1 ano, outra lacuna importante está no compreender a mulher/mãe como agente deste cuidado. Transcendendo o cuidar e o nutrir, a relação mãe – criança está inserida numa dimensão afetiva, de estímulo, de busca e de socialização. Na ânsia de que a criança fique alimentada, identifica-se que algumas mães apresentam práticas alimentares inadequadas (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

É de grande importância identificar os aspectos que norteiam o cuidado materno com relação à alimentação infantil, visto que o significado e os valores atribuídos ao alimento, as percepções e experiências, o conhecimento ou falta dele, é inerente ao indivíduo ou grupo social do qual este faz parte.

Frente a esta realidade, o que se propôs foi estudar os cuidados maternos na alimentação infantil, tendo como questões para a investigação: Como se caracteriza o tipo de aleitamento e os alimentos ofertados pelas mães durante o primeiro ano de vida da criança? Quais os significados que as mães atribuem a alimentação infantil como parte do cuidado materno à criança no primeiro ano de vida?

Existem muitas razões que justificam o estudo das práticas maternas no cuidado da alimentação da criança. As conseqüências em longo prazo de uma alimentação inadequada na infância são um dos motivos de preocupação. A caracterização das práticas alimentares na infância, a percepção materna diante deste momento e a disponibilidade dos alimentos são muito importantes para fornecer subsídios para programas de intervenção, orientação

nutricional e avaliação, na tentativa de melhorar as condições nutricionais e, conseqüentemente, de saúde das crianças.

Acreditamos que os resultados desta pesquisa possam criar subsídios que resultem numa melhor assistência para mães e crianças que estão passando por esta etapa de suas vidas.

Neste sentido, a equipe de saúde deve dar uma atenção especial aos cuidados maternos relacionados à alimentação da criança, particularmente a fase de transição do aleitamento materno para a alimentação complementar e o estabelecimento da alimentação igual à da família. A alimentação correta, nesse período tem papel crucial no desenvolvimento máximo do potencial intelectual e genético (HERVADA, 1995).

Importante considerar ainda que este estudo é parte de um projeto multicêntrico sob coordenação da Professora Dra. Isilia Aparecida Silva, intitulado “Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo”, que teve por objetivo identificar elementos biológicos e sociais que possam ser relacionados aos estados de deficiências de ferro em crianças menores de um ano e suas interfaces com as condições e os significados de amamentar para as mães. Deste estudo multicêntrico participaram três serviços de saúde de três cidades distintas, a saber: UBDS Vila Virginia de Ribeirão Preto-SP; Centro de Saúde Escola do Butantã, em São Paulo, e Ambulatório de pediatria do Instituto Fernandes Figueira no Rio de Janeiro. No recorte deste estudo os dados se referem aos coletados na UBDS Vila Virginia, em Ribeirão Preto-SP, aqueles que respondem aos objetivos propostos.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o cuidado materno na alimentação das crianças menores de 1 ano atendidas ambulatório da Unidade Distrital de Saúde Dr. Marco Antônio Sahão localizada no Bairro Vila Virgínia na cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, considerando o perfil da alimentação ofertada pelas mães e a compreensão que estas fazem deste cuidado à criança.

2.2 Objetivos Específicos

- caracterizar os alimentos ofertados às crianças menores de 1 ano de vida em relação aos tipos de aleitamento praticados pelas mães;

- Identificar os alimentos ofertados (frequência) antes dos 6 meses, que contribuíram na interrupção precoce do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e os alimentos não ofertados após os 6 meses, que caracterize a introdução tardia de alimentos .

- Compreender, sob a perspectiva das mães, os significados da alimentação infantil como parte do cuidado materno à criança no primeiro ano de vida .

QUADRO TEÓRICO

3 QUADRO TEÓRICO

Na análise do objeto de investigação, a participação materna no cuidado da alimentação, passa, necessariamente, pela compreensão da construção social da mulher como agente do cuidado materno, pelo cuidado na alimentação de crianças menores de um ano e pelo comportamento alimentar.

3.1 A construção social da mulher como agente do cuidado materno.

O cuidado faz parte do cotidiano da pessoa, continuamente, desde antes do nascer. As relações de cuidar se sucedem em nosso cotidiano, na família, no trabalho, em todo lugar. Para Tronto (1997) o cuidar significa satisfazer as necessidades físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais.

Collière (1989) afirma que o cuidado surgiu juntamente com a humanidade, constituindo fator responsável pela continuidade da vida e permitindo, portanto, que continuemos vivos.

Desenvolve-se, através do cuidado, a necessidade habitual da realização de tarefas imprescindíveis à manutenção da vida, como a alimentação, o vestuário e a habitação. Esse conjunto de atividades diárias, desempenhadas pelos diferentes grupos, fez surgir os hábitos de vida, embutidos de rituais e crenças e difundiu-os através das gerações (STEFANELLO, 2005).

Segundo Patrício (1993) o cuidado sempre existiu, sendo realizado a princípio pelas mulheres em casa, na hora do parto, no cuidado com os recém-nascidos, na educação dos filhos, no tratamento de doenças. Está ligado a todas as atividades, processos e decisões voltadas à determinada pessoa ou grupo. O cuidado tem determinação social e se dá fundamentalmente no âmbito familiar.

O cuidado desenvolve-se através de tarefas organizadas de forma distinta entre os gêneros, dicotomizando, dessa forma, o cuidado entre o feminino e o masculino (COLLIÈRE 1989).

A este respeito, Silva (1998) refere que as mulheres resignificam um papel que lhes foi atribuído pela sociedade. O cuidar atribuído à mulher não é biológico nem natural, mas construído socialmente.

No decorrer da história, a discriminação entre o masculino e feminino e o fardo da aceitação das divisões tradicionais de gênero, designaram à mulher a responsabilidade do serviço doméstico.

À mulher cabia organizar da morada a subsistência da família, repassar ensinamentos e hábitos, cuidar da alimentação e do vestuário, manter tradições, usos e costumes, perpetuando o saber adquirido de geração para geração (COSTA 1983). Estas tarefas, por seu aspecto rotineiro, eram tidas como de menor valia, enquanto ao homem, responsável por prover o lar, era atribuído grande consideração.

Romanelli (2006) considera que dentre as inúmeras tarefas tidas como femininas, a mulher é vista como agente historicamente responsável pela alimentação da família, desde o aleitamento materno até a escolha dos alimentos, o processamento e a socialização dos mesmos na família, tornando-se mediadoras e transformadoras dos hábitos alimentares.

A experiência do cuidar trouxe para a mulher certo domínio sobre a natureza, conhecimento de ervas, cura de doenças e maternidade. No século XVI esse fato incomodou

a Igreja e a Medicina, o que resultou numa perseguição às práticas femininas (COLLIÈRE, 1989).

Sobre o cuidado materno, Prado (1997) faz alusão ao cuidado materno quando reflete sobre o significado do ser mãe, cuja imagem social ocidental impõe à mulher não apenas a responsabilidade da procriação, mas também da criação dos filhos.

Historicamente, pode-se apreender que o crescimento significativo do papel da mulher-mãe como cuidadora foi um processo determinado por movimentos sociais ocorridos distintamente e temporariamente não coincidentes tais como: a instauração e fortalecimento do capitalismo, a consolidação dos estados nacionais e a urbanização no final do século XVIII. A criança adquire um valor social, e a sua sobrevivência torna-se imperativa para o estado e a sociedade, requerendo medidas de proteção à infância. No ciclo da vida, um lugar específico era dado à mulher, o papel de reprodutora e responsável pela sobrevivência da prole e dentre as funções reprodutivas a amamentação é instituída como função fundamental. No século XIX, intensifica-se o culto à maternidade, resultante das novas condições de vida econômica e política, em que o homem ia para fora do lar e à mulher era delegada a função de cuidadora (MALDONADO, 1985).

As relações de produção, a definição das relações de trabalho e sua divisão social sempre estiveram subjacentes à determinação cultural que elege a mulher como cuidadora (AZEVEDO, 2001).

A maneira como a mãe atende às necessidades de seu filho é produto de um processo cumulativo de informações transmitidas de geração para geração. A via de transmissão de conhecimentos está permeada por uma rede que envolve cultura, contexto social, valores, sociedade e história (CABRAL, 1995).

As mulheres constroem qual e como deve ser o cuidado da família através das diferentes interações sociais. Segundo Dytz (1998), na organização familiar comum, a mãe é

encarregada da maior parte dos cuidados da criação das crianças pequenas. A promoção da saúde infantil só é mantida pelas tarefas relegadas ao nível das tarefas domésticas.

A visão transcultural do desenvolvimento da criança sustenta que, apesar de as pessoas serem dotadas de um mesmo equipamento anatômico, sua prática de vida varia segundo o contexto onde vivem. Dessa forma, a herança cultural constitui fator determinante no estilo de cuidar das mães e a expressão do cuidado materno fará parte da totalidade do sistema cultural (CABRAL, 1995).

A respeito do estilo de cuidar das mães, refere Prado (1997) que, apesar de todas as transformações ocorridas, é muito comum, ainda hoje, se ouvir que o alto índice de morbimortalidade infantil está associado ao descuido e irresponsabilidade materna.

Estudos têm evidenciado que os cuidados maternos exercem forte impacto sobre a saúde da criança e estão diretamente relacionados às informações em saúde, idade e grau de escolaridade da mãe, além do tempo dispensado a esses cuidados (SILVA, 1997).

Tal associação é particularmente evidenciada na prática da amamentação, em que o desmame precoce tem importante impacto nas condições de sobrevivência de crianças das classes pobres. Ações na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no decorrer das últimas décadas se intensificaram, mas ainda estão aquém de atingir suas metas. As críticas a estas ações são por reduzir a uma visão biologicista o aleitamento materno, ou seja, ofusca o potencial da lactação da mulher e obscurece o complexo social e cultural que envolve o fenômeno. Em outras palavras, é preciso considerar o aleitamento materno em todos os seus aspectos, compatibilizando os determinantes biológicos com os condicionantes sócio-culturais e históricos (ALMEIDA, 2002). É preciso compreender que a opção da mulher pela forma que deseja e a prática da amamentação são determinadas por suas condições concretas de vida em seu dado contexto social e cultural.

A participação da mãe na alimentação do filho não está tão somente relacionada à natureza biológica do corpo materno, mas mantém a outras dimensões psicossociais que influenciam as experiências alimentares desde o momento do nascimento.

O crescimento, a saúde e o desenvolvimento geral têm relação concreta com a ingestão e digestão dos alimentos. (...) para que esses processos transcorram adequadamente, é importante considerar o vínculo mãe filho, os fatores que o determinam e todas as vicissitudes que o envolvem. O processo alimentar é o eixo da vida emocional no início da primeira infância. A nutrição é o centro do universo da criança, as emoções são mais fortes, e o desprazer e a gratidão passam a associar-se aos vários aspectos desta função. (NÓBREGA, 2000, p. 37)

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais, entretanto, a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é produto da interação com a própria mãe, ou pessoa ligada a sua alimentação. Dessa forma, a socialização, que ocorre através da alimentação na interação entre a criança e a família, e em especial a figura materna, é carregada de afetividade e emoção (EUCLYDES, 2000).

Neste contexto, devido à sua peculiar condição histórica e social, recaem sobre a mulher as responsabilidades sobre o cuidado com a alimentação da criança, o que é iniciado ainda no ventre materno e perpassa pela amamentação, introdução de alimentos complementares, alimentação da família e hábitos alimentares.

Vale salientar que as mudanças na participação social da mulher nas últimas décadas e a sua introdução no mercado de trabalho resultaram em redução de sua participação no cuidado com os filhos e mesmo no interior da família. Os filhos passaram a ser cuidados em berçários, creches e escolas de tempo integral, quando não por empregadas domésticas. Neste sentido, Quaioti e Almeida (2006) apontam para mudanças no padrão alimentar de toda a família, inclusive da criança pequena. Segundo estes autores, a mulher que, tradicionalmente,

deveria cuidar da educação e alimentação dos filhos, não está em casa o tempo todo e tem que conciliar a carreira profissional com as tarefas domésticas. São aspectos que logo foram percebidos e explorados pelas indústrias alimentícias. A comodidade e a praticidade na aquisição e preparo de refeições rápidas foram os principais argumentos utilizados pelas indústrias para seduzir os responsáveis pela aquisição dos alimentos e mudar hábitos de consumo.

3.2 O cuidado na alimentação de crianças menores de um ano.

O alimento simboliza o contato diário com a vida, não somente na dimensão da necessidade orgânica, mas, sobretudo, no significado de continuar a participar socialmente do mundo (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Para Valente (1986), a alimentação do ser humano não é instintiva, é construída e aprendida cognitivamente e ideologicamente nas relações sociais.

As práticas alimentares são construídas a partir de diferentes dimensões, temporal, de saúde e doença, de cuidado, afetiva, econômica e de ritual de socialização, que se entrelaçam conformando uma rede (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Segundo Rotenberg e De Vargas (2004, p.86) :

O estabelecimento de significados, categorias para os diferentes alimentos, os diferentes usos, as prescrições e proibições, os ritos à mesa, as formas de preparação, a composição, o número das refeições diárias e o horário estruturam a alimentação cotidiana, sendo aspectos importantes e marcas diferenciadoras entre grupos sociais, cuja representação varia em cada cultura, em muitos casos, em função da relação corpo-alimento-trabalho.

As práticas alimentares, compreendidas da amamentação à alimentação cotidiana da família, são oriundas de conhecimentos, vivências e experiências construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sócias, do saber científico de cada época. Hábitos e práticas alimentares são permeados pelo aprendizado materno, que tem início na infância, e são associados aos hábitos urbanos de consumo (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Segundo Palma (2004), a alimentação constitui um dos fatores mais importantes para a saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida. Os componentes nutricionais fundamentais – proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas, sais minerais e água – necessitam manter adequada proporção entre si para que sua utilização pelos órgãos e tecidos seja completa.

As recomendações para alimentação na infância não devem manter-se restritas apenas às necessidades nutricionais da criança. O alimento representa uma forma de contato com o mundo externo, e, portanto, é inevitável relacioná-lo com o desenvolvimento neuromotor emocional (PALMA, 2004).

As necessidades calóricas na infância são duas vezes maiores que no adulto. No primeiro ano de vida, 40% dessas calorias são usadas para suprir o processo de crescimento e desenvolvimento. Nesse contexto, a criança representa um dos grupos mais vulneráveis aos erros e deficiências alimentares, sobretudo no período de desmame e introdução da alimentação complementar (PALMA, 2004).

Neste sentido, estudos sobre a alimentação infantil e da família, compreendendo seus conhecimentos e práticas alimentares, tem importante relevância por informar sobre a nutrição da criança, que configura parte integrante da construção do saber em nutrição com vistas à reconstrução de práticas sociais e suas conseqüências no decorrer da vida do indivíduo e da sociedade.

3.2.1 O Aleitamento Materno

Em tempos remotos, os benefícios da amamentação já eram enfatizados por Hipócrates, o qual descrevia ser maior a mortalidade entre aquelas crianças que não eram amamentadas ao peito do que as que recebiam o leite materno como alimento (SILVEIRA, 2006).

Na atualidade, recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que o aleitamento materno salva a vida de seis milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade em mulheres nas últimas décadas (VENÂNCIO, 2002).

É de consenso que o leite materno é o único alimento que atende adequadamente todas as peculiaridades fisiológicas dos lactentes. É indispensável ressaltar os benefícios que a prática da amamentação permite à mãe-mulher, bem como à economia familiar, além da redução de custo para o Estado, tanto relacionada à alimentação quanto à saúde (RAMOS, 2003).

Nenhum outro alimento se compara ao aporte nutritivo do leite materno para o lactente. Sua cadeia protéica é de fácil digestão e não sobrecarrega o sistema renal. O elevado conteúdo de ácidos graxos polinsaturados garante o bom desenvolvimento do sistema nervoso central, os minerais e vitaminas são balanceados, a lactose presente produz ácidos que inibem o crescimento de bactérias intestinais nocivas, possui a quantidade de água adequada e confere benefícios imunológicos (SENTONE, 2004).

No entanto, não só o valor nutricional é considerado no aleitamento materno, mas também o ato de sugar o seio que proporciona ao lactente o desenvolvimento da mandíbula, dentição e músculos da face, contribuindo também para o bom desenvolvimento da fala. Além

disso, o aleitamento materno concede segurança emocional, estreitamento do vínculo e afetividade entre mãe e filho (SENTONE, 2004).

A composição do leite humano é variável a depender do estágio de lactação, o que parece vir ao encontro das necessidades variáveis do lactente, cuja velocidade de crescimento sofre redução acentuada com o passar dos meses (CALIL; FALCÃO, 2003). A composição do leite humano se modifica até mesmo durante as mamadas, havendo no leite maduro diferenças entre o leite do começo e do final da mamada. (VANNUCHI, 2006).

O colostro é a primeira secreção produzida pela glândula mamária, já no último trimestre de gestação e se estende até a primeira semana pós-parto. Trata-se de uma secreção mais viscosa em relação ao leite maduro, possuindo maiores concentrações de proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis, particularmente A e E e carotenóides, bem como menores quantidades de lactose, gorduras e vitaminas do complexo B. Através do colostro o recém-nascido pode dispor de conteúdo energético que oscila ao redor de 58Kcal/100ml. Por ser riquíssimo em IgA, pró-vitamina A, fator bífido e outros fatores proporciona defesa contra infecções e auxilia no estabelecimento de uma flora adequada no até então estéril tubo digestivo do feto (RICCO et.al.2008).

O leite de transição é aquele produzido no período intermediário entre o colostro e o leite maduro. Neste período, as modificações na composição láctea, após o quinto dia pós-parto, ocorrem de forma gradual e progressiva. Embora o processo de transição perdure por todo o primeiro mês de lactação, convencionou-se definir como leite maduro aquele produzido posteriormente ao 15º dia de vida (ANDERSON, 1985).

O leite maduro proporciona 70 kcal/100ml e seu volume médio varia de 700 a 900 ml/dia ao longo dos primeiros seis meses pós-parto e aproximadamente 600 ml/dia a partir do segundo semestre. Os seus principais componentes são: água, proteínas, carboidratos, lipídios, minerais e vitaminas (VANNUCHI, 2006).

Vannuchi (2006) descreve a composição do leite humano da seguinte maneira: dentre as proteínas do leite humano, 30% são compostas por caseína e 70% por proteínas do soro, entre elas a alfa-lactoalbumina, lactoferrina, lisozima, imunoglobulinas IgA, IgG, IgM e albumina. A alfa-lactoalbumina, além de ser uma proteína de alto valor biológico, atua também como catalisadora de lactose. A lactoferrina tem ação bacteriostática, liga-se ao ferro contribuindo para maior absorção de ferro intestinal. A lisozima tem propriedades bactericida e antiinflamatória. A IgA é a principal imunoglobulina no leite humano.

Quanto aos carboidratos, a lactose é o principal açúcar encontrado no leite humano e, dentre suas diversas funções, favorece a absorção de cálcio e ferro pelo intestino do recém-nascido, em razão de sua alta concentração que determina evacuações semi-líquidas. Além da função nutricional, apresenta efeito protetor. A lactose é metabolizada em glicose fornecendo energia e, galactose, constituinte dos galactopeptídios necessários para o desenvolvimento do sistema nervoso central. Promove, ainda, a colonização do intestino com *Lactobacillus bifidus*, que são bactérias fermentativas. Tais bactérias protegem o intestino do crescimento de bactérias patogênicas, fungos e parasitas, por promover um meio ácido no trato gastrointestinal (VANNUCHI, 2006).

Ainda segundo este mesmo autor, os lipídios constituem a principal fonte de energia para o recém-nascido, suprimindo até 50% de suas necessidades diárias. O leite materno possui uma enzima denominada lípase que é ativada na presença de sais biliares, facilitando a digestão dos lipídios. Acresça-se a estes componentes a presença de substâncias como os ácidos graxos de cadeia curta e ésteres que possuem importante ação bactericida, além de ácidos graxos insaturados, particularmente os poliinsaturados de cadeia longa, de grande importância para o desenvolvimento e mielinização do cérebro.

Dentre as vitaminas existentes no leite humano, o conteúdo de vitamina A, C e E são adequados para as necessidades do lactente. Já a vitamina D requer a exposição da criança ao

sol, no tempo e horário apropriado, para completar a quantidade de vitamina que esta requer. A concentração de vitamina K é maior no colostro e no leite do final das mamadas. Duas semanas após o nascimento, a flora intestinal já fornece a maior parte da vitamina K. Neste sentido é que se recomenda o uso profilático de vitamina K a todos recém-nascidos após o parto (VANNUCHI, 2006).

O conteúdo mineral do leite humano representa um terço daquele observado no leite bovino, sendo a concentração no colostro superior à do leite maduro (CALIL; VAZ, 2008). Os macrominerais do leite humano incluem sódio, potássio, cloreto, cálcio, magnésio, fósforo e sulfato. O fator responsável pelas maiores variações nos níveis lácteos desses macrominerais é o tempo de lactação: enquanto os níveis de sódio e cloreto diminuem com o passar dos meses, os de potássio, cálcio, fósforo e magnésio se elevam (RODRIGUEZ-PALMERO et al., 1999). Os autores se referem ainda à existência de microminerais que se encontram na composição de porções inferiores a 0,01% da massa corpórea, tais como: zinco, cobre, ferro, manganês, selênio, iodeto, fluoreto, molibdênio, cobalto, crômio, níquel e cádmio.

A composição do leite humano depende não só do estágio de lactação, mas também da rotina da amamentação. As variações durante a mamada são mais acentuadas para o componente lipídico e para as substâncias lipossolúveis, como vitamina A e zinco. A concentração de gorduras no leite posterior chega a ser cinco vezes maior em relação à do leite anterior. Também no decorrer do dia, há menor concentração de gorduras no leite produzido logo no período da manhã (CALIL; LEONE; RAMOS et al., 1992).

O leite humano tem sua composição dependente das condições maternas, tais como: idade, paridade e estado nutricional. Mães jovens e primíparas apresentam níveis lácteos maiores de vários componentes como gorduras, proteínas totais e imunes, minerais e oligoelementos, enquanto nutrízes mais velhas e com elevada paridade tendem a produzir leite com teor diminuído dessas substâncias. Quanto ao estado nutricional materno, estudos

recentes não demonstram relação convincente entre o estado nutricional materno e a composição do leite humano, e tampouco houve relação desse índice com o conteúdo energético láteo ou com o volume produzido. A nutriz mobiliza nutrientes de seu próprio organismo para priorizar a produção láctea. Em caso de desnutrição grave, a concentração de lipídios e vitaminas lipossolúveis se mostram alteradas. A dieta materna que pode causar variações em alguns componentes láteos menores, mas não nos macronutrientes (CALIL; LEONE; RAMOS, 1992).

O ideal é que a amamentação seja iniciada na primeira hora pós-parto. O aleitamento deve ser sob livre demanda, ou seja, frequência e duração da mamada são estabelecidas pela criança; e exclusivo, de forma que a criança receba somente o leite materno até os seis meses. Após seis meses a criança receberá alimentação complementar, mas o leite materno deve fazer parte da dieta até os dois anos de idade (BRASIL, 2002; PALMA, 2004).

A respeito do tempo de duração do aleitamento materno exclusivo, na década de 80 do século passado, evidências favoráveis à prática da amamentação exclusiva aumentaram consideravelmente. A administração de outros líquidos além do leite materno nos quatro meses de vida da criança poderia interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade. Além disso, poderia reduzir a quantidade de leite materno ingerido pela criança, levando a um menor ganho ponderal e a um aumento do risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias (VENÂNCIO, 2002).

No encontro Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global, realizado em Spedale Degli Innocenti, na cidade de Florença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) traçaram a meta global para a década de 90, segundo a qual todas as mulheres deveriam praticar o aleitamento materno exclusivo até os quatro-seis meses de idade. Após os seis meses, as crianças

deveriam continuar sendo amamentadas ao peito até os dois anos ou mais, recebendo também alimentos complementares (RAMOS, 2003).

Em 2001, a OMS, após uma revisão sistemática da literatura sobre os benefícios da amamentação para mãe e filho, adotou a recomendação do aleitamento materno exclusivo por seis meses, salvo em condições especiais, como o ganho ponderal insatisfatório do lactente ou a impossibilidade de exercer a amamentação (CASTRO, 2004).

A este respeito, observam Monte e Giugliani (2004) que quando o Aleitamento Materno Exclusivo se mostra insatisfatório nos primeiros seis meses de vida, antes de se recomendar a introdução de alimentos complementares é necessário realizar uma avaliação criteriosa para ver se a criança não está ingerindo pouco leite materno por má técnica de amamentação, levando a um esvaziamento inadequado das mamas e à conseqüente diminuição da produção de leite.

3.2.2 O aleitamento artificial

A necessidade de complementação ou suplementação do leite materno ocorre quando a ingestão for inadequada ou as mães não queiram ou não possam amamentar. Para Palma e Barbosa (2008) o procedimento exigirá decisão clínica individualizada e dependerá da idade da criança.

Os mesmos autores referem que pela American Academy of Pediatrics, na fase inicial de vida, o recomendado é introduzir apenas um outro leite adicional como complementação, sendo indicada a introdução de fórmula infantil. Embora nunca tenha sido desenvolvida uma fórmula infantil que reproduza as propriedades imunológicas e digestibilidade do leite

materno, as fórmulas infantis passaram a ser importantes no regime alimentar dos lactentes em seu primeiro ano de vida, contribuindo de maneira significativa para atingir suas necessidades nutricionais.

Na elaboração das fórmulas infantis, para melhor digestibilidade, há retirada parcial ou total da gordura do leite de vaca, onde predominam os ácidos graxos saturados, acrescentando-se óleo vegetal rico em ácidos graxos poliinsaturados, principalmente o ácido linoléico, que desempenha papel importante no crescimento e desenvolvimento (PALMA; BARBOSA, 2008).

No mercado, tem várias fórmulas disponíveis de origem do leite de vaca e de origem vegetal, proteína isolada de soja. As mesmas devem ser nutricionalmente equilibradas, a fim de proporcionar crescimento e desenvolvimento adequados aos lactentes sadios (PALMA, 2004).

O leite de vaca fluido é o alimento mais freqüente da dieta na fase de desmame, este difere bastante do leite humano. O leite de vaca é um alimento de alto valor biológico que, para ser apropriadamente metabolizado pelo lactente, deve sofrer algumas modificações para se adequar à capacidade digestiva e suas necessidades nutricionais.

O leite de vaca contém três vezes mais proteínas do que o leite humano, porém as proteínas do leite humano são estrutural e quantitativamente diferentes do leite de vaca. No leite de vaca a caseína constitui cerca de 80% das proteínas totais, enquanto que no leite humano predominam as proteínas do soro, na proporção de 60-70%, cuja digestão é mais fácil em relação à caseína, que exige maior secreção de ácido clorídrico para adequar o pH do estômago e permitir sua digestão pela pepsina (LOPEZ; JUSWIAK, 2003).

Quanto aos lipídios, existem diferenças significativas na composição de ácidos graxos: no leite de vaca, predominam os ácidos graxos saturados e, no leite humano, predominam os insaturados. Quanto maior o tamanho da cadeia e mais saturado é o ácido graxo, menor é a

sua absorção. O leite de vaca é pobre em ácido linoléico e vitamina E, além de conter quantidades excessivas de sódio, potássio e proteínas (LOPEZ; JUSWIAK, 2003). Além disso, apesar de os níveis de cálcio e fósforo serem menores no leite materno, a relação cálcio/fósforo é maior (2:4) e menor no leite de vaca (1:3), facilitando a absorção do cálcio no leite materno (VANNUCHI, 2006).

Tanto o leite de vaca como o leite materno são pobres em ferro, embora o ferro do leite materno esteja ligado à lactoferrina e apresente maior biodisponibilidade. O leite de vaca também apresenta baixo conteúdo de vitamina C, considerado um fator estimulador da absorção de ferro, e alto teor de cálcio e fósforo, fatores inibidores da absorção de ferro (LOPEZ; JUSWIAK, 2003). A quantidade de ferro do leite materno varia entre 10 a 160µg/100ml e do leite bovino cerca de 70µg/100ml. Porém, o ferro do leite humano é absorvido em torno de 50%, o do leite de vaca cerca de 10% e o das fórmulas fortificadas cerca de 4%. Isto diminui a chance de anemia ferropriva entre lactentes amamentados (VANNUCHI, 2006).

Entretanto, em caso de necessidade absoluta de introdução de outro leite que não o materno, recomenda-se o uso de fórmulas infantis fortificadas com ferro. Se as condições econômicas da família não permitem este alimento, resta lançar mão do leite de vaca, que deverá ser oferecido diluído a 2/3 até os quatro meses, passando a integral a partir desta data (PALMA, 2004).

A quantidade de água existente no leite humano (88%) resulta em baixa concentração de soluto quando comparado ao leite de vaca. Desta forma, as crianças em AME não precisam receber água adicional, a menos que haja perda de volume excessivo. A oferta de água regularmente poderia contribuir para a diminuição das mamadas, diluiria os fatores nutricionais e de defesa além do que poderia estar contaminada, aumentando o risco de diarreias (VANNUCHI, 2006).

Para crianças totalmente desmamadas no primeiro ano de vida, orienta-se a oferta do leite em pó ou fluido (observadas as devidas proporções) até os quatro meses. A partir desta data inicia-se a alimentação complementar (BRASIL, 2002).

3.2.3 A Alimentação Complementar

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Quando se aproxima o final do primeiro semestre da vida da criança, as funções de digestão, absorção, metabolização e excreção dos nutrientes apresentam-se muito semelhantes às do adulto. Além disso, o reflexo de extrusão (movimento de empurrar objeto/alimento para fora da boca) se esvaece e inicia-se a eclosão da dentição de leite. Também por volta deste período, a produção de leite materno não atende adequadamente as necessidades da criança, tornando-se necessária a introdução de novos alimentos em sua dieta (FERRAZ, 2007).

Desta forma, até os seis meses de idade, a criança deve ser exclusivamente alimentada com o leite materno, alimento capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida. A partir desta idade, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas apenas com a amamentação. Além dela, é preciso introduzir outros alimentos que forneçam o aporte de nutrientes necessários ao bom crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2002). Esses alimentos são conhecidos como Alimentos Complementares.

Segundo Monte e Giugliani (2004, p.132), alimentação complementar é definida como “A alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em

adição ao leite materno. O alimento complementar é aquele dado durante o período de alimentação complementar e que não seja o leite materno”.

Brasil (2002, p. 09) define Alimentação Complementar como “qualquer alimento que não o leite humano oferecido à criança amamentada. Os alimentos de transição se referem aos alimentos especialmente preparados para crianças pequenas até que elas passem a receber alimentos consumidos pela família”.

A adequada alimentação complementar é crítica para o crescimento e desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, para a segurança alimentar e nutricional da população e desenvolvimento da nação. A segurança alimentar implica direito ao acesso permanente à alimentação adequada e cabe ao Estado garanti-lo, em articulação com a sociedade civil (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

De acordo com Ferraz (2007) o estado nutricional do indivíduo é resultante de um processo dinâmico entre a oferta /absorção/ utilização de nutrientes e a demanda metabólica para mantê-lo vivo em boas condições de saúde, e no caso específico da criança, também para crescer.

A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso. O déficit de crescimento linear adquirido cedo na infância é difícil de ser revertido após os dois anos. Neste contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar de uma população (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Vários estudos realizados em todo o mundo demonstram que a inclusão precoce da alimentação complementar aumenta a morbimortalidade infantil, devido a uma menor ingestão dos fatores de proteção oriundos do leite materno e pelo fato de serem, os alimentos

complementares, fontes potenciais de contaminação das crianças (GIUGLIANI; VICTORA, 2000; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Estudos em Gana e Índia demonstraram que a prevalência de diarreia e febre esteve associada positivamente com a introdução de alimentação complementar em crianças antes dos seis meses de idade (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Em 2001, após a realização da 54ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS recomendou a introdução de alimentos complementares em torno dos seis meses de idade, substituindo a recomendação anterior, que pregava a introdução da alimentação complementar dos quatro aos seis meses de idade. Houve integração dessa mudança na saúde pública global (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Essa recomendação foi sustentada pelo fato de que crianças amamentadas até os seis meses adoecem menos de diarreia e não apresentam déficits de crescimento. Além disso, é apenas a partir dos seis meses que as necessidades nutricionais do lactente não podem mais ser supridas apenas pelo leite humano e é a partir desta idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico que as habilita a receber outros alimentos que não o leite materno (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A introdução precoce da alimentação complementar somente não melhora o processo de crescimento da criança como também tem sido associada ao desenvolvimento de doenças atípicas. Existem inúmeros distúrbios de ordem nutricional na infância, sendo que o início da alimentação complementar, principalmente a introdução de alimentos sólidos podem se tornar um problema (ANDRADE, 2002).

Em contrapartida, introduzir tardiamente os alimentos complementares é desfavorável, pois pode ocasionar a lentificação do crescimento da criança e contribuir para a desnutrição e deficiência de nutrientes (GIUGLIANI; VICTORA, 2000; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Os alimentos complementares podem ser preparados especialmente para a criança ou podem ser os alimentos consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender às necessidades da criança. No primeiro caso são denominados alimentos transicionais. A utilização dos termos alimentação Suplementar ou Alimentação de desmame não são recomendados pela OMS (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

É prioritário compreendermos que a introdução de alimentos complementares ao leite materno até a alimentação cotidiana da família é um processo e reflete a dimensão temporal e de ritual de socialização das práticas alimentares.

Este período que compreende desde o início da amamentação e introdução dos alimentos complementares requer estruturas de apoio e informação, sendo um momento crucial para a saúde da mulher e da criança.

A alimentação por estar diretamente relacionada ao bem-estar e sobrevivência da criança causa sérias preocupações por parte dos pais e familiares e gera angústia em relação ao crescimento e desenvolvimento dos filhos.

Muitas vezes, a partir da queixa “a criança não come”, as mães forçam as crianças a comerem a qualquer custo ou substituem a comida por leite ou mamadeira. Indo além de cuidar e nutrir, a relação mãe-criança e alimento está inserida numa dimensão afetiva, de estímulo, de busca, de autonomia e socialização. Na ânsia de que a criança fique alimentada, algumas mães constroem práticas alimentares inadequadas (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Ou ainda, se utilizam de artifícios como promessa de presentes, correr pela casa atrás da criança com o prato, “aviãozinho com a colher” e até surras, que são considerados impróprios (LORETO, 2004).

É necessário entendermos que o paladar é o sentido menos desenvolvido na criança ao nascer, até porque ela não precisa muito dele, uma vez que a natureza preparou-a para apenas

um tipo de alimentação: o leite materno. Os movimentos mastigatórios ainda não são eficientes. Tais aspectos influenciam diretamente na alimentação infantil. É o que torna a alimentação morosa e, muitas vezes, cansativa para mãe e criança (FERREIRA, 2002).

Não é raro profissionais de saúde preocuparem-se demasiadamente com a promoção e proteção ao aleitamento materno em detrimento à introdução da alimentação complementar. Esta lacuna pode ocorrer devido ao pouco preparo desses profissionais, que deveriam abordar mais adequadamente este momento singular na vida da mãe e da criança.

Neste contexto, os serviços e profissionais de saúde, a partir da atenção no pré-natal, parto, puerpério e puericultura, exercem papel importante promoção, informação e apoio às mulheres nesses momentos especiais para mães e crianças.

Segundo Brasil (2004) para que o profissional de saúde obtenha sucesso na nutrição da criança, é imprescindível que seja um aliado da família, conquiste a confiança dos pais e da criança, reconhecendo as ansiedades e culpas e dividindo a responsabilidade no cuidado e manutenção da saúde da criança.

3.2.4 Alimentação Complementar de Transição

Os alimentos de transição são os alimentos complementares especialmente preparados para a criança (BRASIL, 2002). São oferecidos antes de a criança começar a comer o mesmo alimento preparado para a família.

Esses alimentos correspondem aos antigamente chamados “alimentos de desmame”. Esse termo tem sido evitado, pois pode gerar confusão quanto ao seu objetivo, o de

complementar o leite materno, e não de substituí-lo, provocando o desmame (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Definiu-se Alimentos Complementares de Transição como aqueles que se oferece à criança em complementação ao leite materno e que são preparados de modo a oferecer uma dieta de consistência gradativamente maior até que ela possa receber a dieta da família, junto com o leite materno (BRASIL, 2007).

Para a criança crescer saudável, ela deve receber alimentos complementares adequados no momento oportuno (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

O indicador ACO – Alimentação Complementar Oportuna, proposto pela OMS preconiza para a faixa etária entre 6 e 9 meses a manutenção do aleitamento materno e o consumo de alimentos semi-sólidos e sólidos (OMS, 2001).

Uma alimentação adequada deve ser rica em energia, proteínas e micronutrientes (particularmente o ferro, o zinco, o cálcio, a vitamina A, a vitamina C e os folatos) isenta de contaminação (sem germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), não muito salgada ou apimentada, fácil de ser consumida pela criança (apresentação adequada para a idade), em quantidade apropriada e que seja disponível e acessível. É de fundamental importância que a criança goste da dieta e que ela seja culturalmente aceita. (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

É de extrema importância prover à criança o aporte adequado de proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e sais minerais, para que complicações como desnutrição, baixo peso, anemia, entre outras, sejam evitadas (MONTEIRO et. al., 1990).

Segundo o Ministério da Saúde a Alimentação Complementar adequada e oportuna é aquela que se inicia como complemento ao aleitamento materno, a partir dos seis meses de vida com dietas adequadas em quantidade e qualidade, considerando-se consistência, nutrientes e calorias (BRASIL, 2007).

Os alimentos devem ser introduzidos de forma gradativa e respeitando sabor apropriado para a idade da criança e estágios de textura: inicialmente amassados, em seguida picados em pedaços até ficar na mesma consistência dos alimentos oferecidos aos adultos (FERREIRA, 2002; BRASIL, 2004). Lembra Fernandes (2006) que, a partir do momento em que a criança passa a receber alimentos além do leite materno, também deve receber água, filtrada ou fervida, nos intervalos das refeições.

A recusa insistente de um determinado alimento pode significar uma real não apreciação pela criança. O ideal é que se varie sua forma de preparo ou que se substitua este alimento por outro que contenha seu mesmo valor nutricional. Não se recomenda a insistência nos alimentos novos. A criança deve por sua própria conta explorá-los, descobrir o prazer de ingeri-los, sentir seu cheiro e perceber sua textura com as mãos (BRASIL, 2004).

É importante reconhecermos a importância do ambiente em que a criança se alimenta, isto é, se ela se alimenta em um ambiente tranquilo, junto com a família, ou se o faz em um ambiente com muitos estímulos como televisão, brigas entre familiares, brinquedos, que poderão interferir com a alimentação, deixando a comida em um segundo plano (FERRAZ, 2007).

Este tipo de alimentação precisa ter uma composição equilibrada, já que cada grupo alimentar fornecerá um tipo de nutriente. Os cereais e os tubérculos são fontes de hidratos de carbono, ou seja, fornecedores de energia. As gorduras são fontes importantes de calorias, mas nunca em excesso. As carnes, vísceras, ovos, leite garantem o aporte de proteínas, ferro e cálcio. As leguminosas fornecem proteínas vegetais, carboidratos e vitaminas. As frutas e hortaliças são fontes de vitaminas e sais minerais e são importantes reguladores (PALMA, 2004).

A alimentação complementar pode ser iniciada com a introdução de frutas nos intervalos das mamadas, primeiro na forma de sucos que devem ser, a princípio, coados,

diluídos ao meio e ofertados uma vez ao dia, preferencialmente no lanche da manhã. Aproximadamente de 7 a 10 dias após a introdução dos sucos, ofertar as frutas que podem ser na forma de papas (amassadas com garfo ou raspadas com a colher), o que passa a se constituir no lanche da tarde (FERNANDES, 2006). É muito importante observar o papel regulador intestinal das frutas, que depende de cada organismo. As frutas mais laxantes costumam ser laranja, mamão, abacate, abacaxi, ameixa, melancia, e as mais obstipantes são banana, maçã com casca, pêra com casca, maracujá e goiaba (PALMA; BARBOSA, 2008).

Em torno dos seis meses e meio inicia-se a primeira refeição de sal, classicamente constituída por uma papa de legumes (cenoura, abóbora, abobrinha, chuchu), cozidos, na consistência pastosa obtida com auxílio de um garfo. Deve-se oferecer um legume de cada vez, de forma a permitir que a criança reconheça cada alimento (cheiro, sabor) até que numa refeição estejam presentes vários alimentos. Além da papa de sal, mantem-se as duas papas de frutas. Acrescentar gradativamente as verduras, tubérculos e caldo de carne (BRASIL, 2002; FERNANDES, 2006).

Aos sete meses deve ser introduzida a segunda papa de sal no horário do jantar, acrescentando-se as carnes (aves, vaca e fígado), além do arroz, macarrão e caldo de feijão. Aos oito meses a criança já tem praticamente a introdução de todos os grupos alimentares, devendo-se atentar para a transição da textura dos alimentos que deve passar de amassados para pedaços pequenos ou bem desfiados a fim de estimular a mastigação e fornecer mais energia. (BRASIL, 2002; FERNANDES, 2006).

No quadro abaixo estão apresentados os diversos alimentos classificados de acordo com os grupos de nutrientes que fornece.

Quadro 1 - Tipos de nutrientes e grupos alimentares

Nutrientes	Grupos de alimentos
Carboidratos	Dos cereais (arroz, milho, fubá, trigo, macarrão) e tubérculos (batata, mandioca, cará, mandioquinha, inhame).
Proteína animal	Das carnes (bovina, aves, peixes e ovos)
Proteína vegetal	Das leguminosas (feijão, lentilha, ervilha)
Vitaminas e sais minerais	Das frutas (laranja, banana, pêra, maçã, melancia, melão, maracujá, abacaxi, goiaba) Das hortaliças (verduras= chicória, couve, espinafre, acelga; e legumes= cenoura, beterraba, abobrinha, abóbora, chuchu)
Lipídios	Dos óleos e gorduras (óleo de soja, de canola, de milho, de girassol, azeite de oliva, manteiga, margarina)

Fonte: Palma e Barbosa (2008)

Referem Palma e Barbosa (2008) que o cuidado de substituição de apenas um alimento de cada vez, com intervalo de dois a três dias, facilita a identificação de um produto desencadeante de possível reação alérgica.

As dietas devem ser espessas na forma de papas e purês, não se devendo oferecer alimentos líquidos, que são de baixa densidade energética (BRASIL, 2002). No começo algumas crianças poderão aceitar pequenas quantidades de papa de sal, enquanto outras podem ter melhor aceitação desde a primeira vez. De qualquer forma é recomendável que a mãe ofereça o leite materno após a refeição com os novos alimentos (FERNANDES, 2006).

São desaconselháveis práticas nocivas de gratificação ou coercitivas para conseguir que a criança coma. Algumas crianças precisam ser estimuladas, mas nunca forçadas (BRASIL, 2002).

A partir dos oito meses a criança já pode receber alimentos preparados para a família, desde que não contenha temperos picantes e estejam adequados à condição de mastigação e deglutição da criança (BRASIL, 2002).

A gema de ovo poderá ser introduzida aos nove meses e a clara a partir dos dez (PALMA, 2004). O ovo, juntamente com o amendoim, carne de porco e peixe e o próprio leite de vaca são potencialmente alergênicos. Neste sentido, a introdução do peixe é recomendável depois de um ano, a menos que seja a única fonte de proteína animal que a família tem acesso ou se a criança já consumiu e não apresentou reações alérgicas (FERNANDES, 2006).

A partir dos doze meses, acrescentar às três refeições, mais dois lanches ao dia com fruta ou mingau de prato (BRASIL, 2002).

Para as crianças em aleitamento materno oferecer as três refeições complementares no meio da manhã, no almoço e no jantar. Para aquelas que já estão desmamadas, adicionar mais duas refeições, uma no início da manhã e outra no meio da tarde (BRASIL, 2002).

Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, guloseimas não devem ser oferecidos à criança (BRASIL, 2002). O açúcar ajuda a saciar rapidamente a criança, pois fornece grande quantidade de energia, sem haver a oferta concomitante de nutrientes saudáveis. Além disso, contribui com a formação de hábitos alimentares inadequados e o desenvolvimento de cáries, quando surgir a primeira dentição. O café, chá preto e mate não devem ser oferecidos à criança, pois prejudicam a absorção do ferro, principalmente quando oferecidos em horário próximo ao das refeições (FERNANDES, 2006).

A mesma autora observa que os alimentos, grupos alimentares e tipos de preparações sugeridos para a criança, devem ser apresentados à mesa para toda a família, pois do contrário, em pouco tempo a criança estará copiando os hábitos alimentares praticados em casa.

3.2.5 Comportamento alimentar

O comportamento alimentar humano é reflexo das interações entre o estado fisiológico, o estado psicológico e as condições ambientais de um dado indivíduo. Neste sentido, a capacidade para controlar a ingestão requer mecanismos especializados para harmonizar informações fisiológicas do meio interno com informações nutricionais do ambiente externo (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

Os mesmos autores descrevem que as informações do meio interno dizem respeito a neurotransmissores, hormônios, taxa metabólica, estados do sistema gastrointestinal, tecidos de reserva, formação de metabólitos e receptores sensoriais, já as informações do meio externo envolvem: as características dos alimentos (sabor, familiaridade, textura, composição nutricional e variedade) e características do ambiente (temperatura, localidade, trabalho, oferta ou escassez de alimentos, assim como crenças sociais, culturais e religiosas).

O comportamento alimentar da criança é altamente influenciado pela família e, secundariamente, pelas interações psico-sociais e culturais que começam, mais ou menos cedo, de acordo com cada grupo populacional ao qual a criança pertence (RAMOS; STEIN, 2007).

Birch e Fisher (1995) observam ser o processo de aprendizagem como central no desenvolvimento do padrão alimentar da criança, sendo este estabelecido pelo processo de condicionamento e associa a sugestão sensorial dos alimentos, a consequência pós-ingesta da alimentação e contexto social alimentar.

Em termos da sugestão sensorial, há uma infinidade de estímulos ligados aos alimentos, aos quais as crianças são inicialmente expostas, estímulos estes que envolvem vários sistemas sensoriais, como o paladar, olfato e visão, todos cruciais na determinação da escolha (BIRCH, 1992). Observam Quaioti e Almeida (2006) que o recém-nascido, no início

da vida, consome uma dieta láctea e logo suas experiências dietéticas começam a se diferenciar. Se a criança é amamentada ao seio, a quantidade e qualidade do leite produzido vão depender do estado nutricional e dos hábitos alimentares da mãe, entretanto se a criança é alimentada artificialmente outros fatores ambientais estarão em jogo.

No estabelecimento do comportamento alimentar as crianças apresentam preferências e, muitas vezes, é difícil fazer com que variem a alimentação, pois muitas têm receio de experimentar novos alimentos e sabores, fenômeno este denominado de neofobia alimentar (BIRCH; FISHER, 1995). O não incentivo ao comportamento de ingerir alimentos variados pode restringir as experiências alimentares e contribuir para uma dieta monótona e, possivelmente, desbalanceada para um bom desenvolvimento físico e cognitivo.

Quaioti e Almeida (2006) referem que os recém-nascidos apresentam inicialmente predisposição a substâncias doces e rapidamente desenvolvem uma preferência por substâncias salgadas. As preferências por substâncias adocicadas podem ser explicadas com base em um propósito evolutivo, uma vez que substâncias doces poderiam predizer o valor energético do alimento.

Ramos e Stein (2000) referem-se a razões psicossociais que operam para aceitação ou rejeição dos alimentos com base na seguinte classificação: sugestões sensoriais (gosto bom, ruim, sem gosto), consequências de comer determinado alimento (benéfico, perigoso), fatores ideacionais (pela utilidade do alimento, apropriado ou inapropriado, aparência, higiene). A consequência pós-ingesta dos alimentos é um preditor da aceitação quando esta consequência é positiva, ou de aversão aos alimentos quando esta consequência é negativa (BIRCH; FISHER, 1995).

As escolhas alimentares, a quantidade dos alimentos, o tempo e o intervalo para comer, enfim, as regras e normas da alimentação são estabelecidas pelo grupo social. Pode-se, portanto, oferecer à criança tanto uma refeição programada, ditada pelas necessidades

nutritivas, como também uma alimentação conforme a sua vontade, ou ainda, pode-se proceder de ambas as formas, dependendo da ocasião social e rotina alimentar (RAMOS; STEIN, 2000).

Ramos e Stein (2000) consideram que o contexto social pode afetar a experiência alimentar, influenciar nos padrões de alimentação e no desenvolvimento sócio-emocional da criança, bem como na qualidade da relação pais-filhos. Neste sentido, a criança no desenvolvimento do comportamento alimentar aprende a gostar e a não gostar de alimentos, através da ingesta repetida, associando os sabores dos alimentos com a reação afetiva do contexto social e a satisfação fisiológica da alimentação.

A respeito da afetividade, Mintz (2001) refere que esta confere às nossas atitudes frente à comida um comportamento duradouro, já que nossa memória e o peso do primeiro aprendizado alimentar e de alguns valores ligados a ele não mudam, apesar de alguns hábitos alimentares se modificarem com a vida adulta.

A amamentação, a introdução de alimentos complementares até a alimentação cotidiana da família é um processo construído pela experiência e aprendizado próprios de cada grupo social (ROTENBERG, 2004).

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, baseado em dados quantitativos e qualitativos sobre o cuidado materno na alimentação das crianças menores de 1 ano atendidas ambulatorio da Unidade Distrital de Saúde Dr. Marco Antônio Sahão localizada no Bairro Vila Virgínia na cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, considerando o perfil da alimentação ofertada pelas mães e a compreensão que estas fazem destes cuidados às crianças.

A pesquisa descritiva tem por objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno sem manipulá-las, tentando localizar situações ou condições existentes, espontâneas, no seu ambiente natural (GIL, 1994).

O objetivo da pesquisa exploratória é gerar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito ou de construir hipóteses. Desta forma, seu objetivo principal é aprimorar idéias ou a descoberta de intuições, seu planejamento é flexível e considera variados aspectos referentes ao fato estudado. Geralmente envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema pesquisado, e a análise de exemplos que auxiliam na compreensão (GIL, 1994).

A abordagem quantitativa nos permite obter a distribuição da frequência dos dados e suas associações. Por outro lado, a abordagem qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 1994).

Os métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa são diferentes, mas não excludentes. Portanto, é possível utilizá-los de forma complementar, considerando-se que o resultado de uma questão levantada a partir do método quantitativo suscite novas questões que só podem ser avaliadas sob princípios qualitativos, ou vice-versa (VICTÓRA, 2000).

Dessa forma, a natureza desta pesquisa exigiu, além da metodologia quantitativa, a adoção dos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa em saúde como concepção teórica de abordagem, na medida em que se apresenta como aquela que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

A análise qualitativa requer uma análise intensiva do material empírico, penetra suas conexões internas, ultrapassa a aparência dos fatos e situações imediatas, articulando-as numa análise dialética ao contexto sócio-político-cultural (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

4.2 Delineamento das etapas da pesquisa

Este estudo se constituiu de duas fases, a saber:

A primeira delas, quantitativa, corresponde aos dois primeiros objetivos específicos propostos, que buscou explicitar um panorama geral da alimentação ofertada à criança menor de um ano pelas mães (tipo de aleitamento materno e alimentação complementar).

A segunda fase, qualitativa, corresponde ao terceiro objetivo específico, que buscou compreender o cuidado materno relacionado à alimentação do filho menor de um ano na perspectiva das mães.

4.3 Local do Estudo

O Estudo foi realizado na Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) Dr. Marco Antônio Sahão, localizada no Bairro Vila Virgínia da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo.

Esta UBDS faz parte do Distrito Sul e oferece atendimento básico, de especialidades e de emergência aos bairros Vila Virgínia, Jardim Jamaica, Jardim Guanabara, Vila Guanabara, Jardim Pio XII, parte do Jardim Centenário, Jardim Maria Goretti, parte do Jardim Piratininga, parte do Jardim Bela Vista, Jardim Delboux, parte do Parque Ribeirão Preto, Vila Guiomar, Vila Afonso XIII, Vila Progresso, Vila Liberdade, Jardim São Jorge, Jardim Dom Bosco, Vila Guanabara, Jardim Itaú, Jardim Itaú Mirim e Jardim Recreio.

Diariamente, estima-se que são atendidas cerca de 250-300 crianças entre pronto atendimento e agendamento.

A escolha do local deveu-se por dois motivos. O primeiro deles é ao fato de ser uma das áreas de maior número de nascimentos, 410 nascimentos de um total de 7591 nascimentos no município em 2005, ano base quando foi selecionado o serviço de saúde de Ribeirão Preto que comporia o cenário da pesquisa multicêntrica. Deste total, 274 (66,8%) crianças utilizam o serviço de puericultura desta unidade (SUS) e 136 (33,2%) são atendidas por convênio e serviços particulares. O número de nascimentos em 2007 reduziu para um total de 4289, sendo que na UBDS considerada foi de 234 nascimentos, a terceira em maior número de nascimentos no referido ano (PROGRAMA FLORESCE UMA VIDA, 2005).

O segundo motivo é que a referida UBDS foi a que apresentou um dos maiores indicadores de Aleitamento Materno Exclusivo, conforme pesquisa realizada no município, contabilizando, 14,5% em 1999 e 37,6% em 2003 (PROGRAMA DE ALEITAMENTO MATERNO, 2003).

4.4 Sujeitos do estudo

Na primeira fase do estudo, fizeram parte as mães de crianças menores de 1 ano de vida, atendidas na puericultura da UBDS Vila Virgínia no turno das 13:00 às 18:00 h, de segunda à sexta-feira (dias úteis), desde que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa e aceitassem a participar dela.

Os critérios de inclusão correspondem aos do Projeto Multicêntrico, representado por crianças de 3 a 12 meses de qualquer etnia, classe social, que estejam passando por consulta de puericultura, previamente agendadas ou por apresentar alguma manifestação motivadora da consulta, excetuando-se quadros de fundo infeccioso agudo. O tamanho amostral foi definido com base no total de mães de crianças credenciadas nesta UBDS e atendidas no período vespertino, com agendamento entre no período de 01 de setembro de 2005 a 31 de julho de 2006 e que atendiam aos critérios amostrais.

Na segunda fase da pesquisa, com base no inquérito anterior, identificou-se as mães de crianças na faixa etária entre 8 a 12 meses. Esta faixa etária foi escolhida como sendo o momento em que as mães, provavelmente, já teriam introduzido alimentos complementares na alimentação do filho. Após identificação das mães de crianças nessa faixa etária, foi realizado um sorteio para seleção das mães entrevistadas. Os critérios de inclusão para esta fase foram: serem mães de crianças atendidas nesta UBDS na primeira fase do estudo, e responsáveis pela alimentação de seu filho menor de 1 ano. No que tange a amostragem, tomou-se como número adequado de entrevistas aquele capaz de refletir a totalidade de suas dimensões. Assim, foi observado o esgotamento das categorias nas falas das entrevistadas, sendo que o tamanho amostral teve como critério a saturação dos dados.

4.5 Coleta dos dados e instrumentos da pesquisa

Na primeira fase, os dados foram coletados da seguinte maneira:

A coleta de dados foi realizada nos dias úteis (2ª à 6ª feira), por uma equipe de 6 pesquisadoras da pós-graduação e 3 alunas da graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - USP. A coleta foi feita no serviço de puericultura na sala de espera, em horário de acordo com a disponibilidade das mães. Realizamos um total de 128 entrevistas com as mães de crianças de 3 a 12 meses de idade, que atendiam aos critérios de inclusão com base na pesquisa Multicêntrica.

Como parte da pesquisa multicêntrica, a coordenadora local da pesquisa, após reuniões técnicas em São Paulo com a coordenadora geral, Profa. Dra. Isilia Aparecida Silva, realizou treinamento com todas as pesquisadoras e alunas, para orientar sobre o preenchimento do formulário, assim como, sobre os procedimentos referentes a outros aspectos da coleta, específicos do projeto maior.

Antes de abordar a mãe, era checado lista de crianças agendadas para as consultas da pediatria, a fim de identificar a faixa etária escolhida para o estudo. Também antes da consulta médica, era estabelecido o primeiro contato com a mãe, para a apresentação das pesquisadoras e esclarecimentos sobre a pesquisa. Quando a mãe aceitasse participar da pesquisa, deveria assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista com a mãe para o preenchimento do formulário ocorria, geralmente, após a consulta médica, porém quando o tempo de espera para a consulta excedesse o tempo médio da coleta de dados (em torno de 20 minutos), realizávamos estes procedimentos antes da consulta.

Salientamos que, quando as mães que não tinham disponibilidade para participar naquele momento, e no caso de a criança ainda não ter completado um ano de vida, eram convidadas novamente para a entrevista nos meses subsequentes, na época da consulta do filho.

Neste recorte da pesquisa multicêntrica, utilizamos parte dos dados que constavam do formulário da entrevistada, ou seja, identificação e dados sócio-demográficos maternos, características e inquérito alimentar da criança (Apêndice A). Realizamos um pré-teste do instrumento, ou seja, aplicamos o formulário em uma unidade de saúde com características semelhantes às do estudo.

Quanto à coleta de dados da segunda fase da pesquisa, após sorteio das mães de crianças entre 8 a 12 meses, com base no inquérito anterior, as mães foram contatadas por telefone previamente. Neste momento, indagamos se estas eram as responsáveis pela alimentação de seu filho e então, as convidávamos a participar desta fase do estudo. Caso aceitassem, era agendada a entrevista em dia e local de preferência das entrevistadas.

Para obtenção dos dados qualitativos, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com questões abertas a cerca do que pensam da alimentação infantil e fazem no cuidado com a alimentação de seu filho menor de um ano. (Apêndice B).

4.6 Variáveis do estudo

Para a análise descritiva, consideramos as seguintes variáveis:

Variáveis relacionadas à mãe (sóciodemográficas):

- idade: em anos completos, na data da entrevista;
- estado civil : vive com ou sem companheiro , ou viúva;
- escolaridade: distribuímos as mães em 7 grupos: analfabetas, ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio incompleto e completo, ensino superior incompleto e completo;

- número de filhos;
- trabalha fora do lar : sim ou não

Variáveis relacionadas à criança:

- idade: em dias, na data da entrevista;
- sexo : masculino, feminino;
- peso ao nascer: em gramas, conforme registrado no cartão da criança;
- idade gestacional: pré-termo(< 37 semanas), a termo ($\geq$ ou igual a 37 semanas)

Variáveis relacionadas à amamentação / alimentação:

- Tipos de Aleitamento Materno : utilizamos as categorias propostas pela OPAS/OMS (1991), acrescentando as categorias Desmame (D) e Nunca Mamou (NM):

-Aleitamento materno exclusivo (AME): a criança recebe apenas leite materno diretamente da mama ou dela extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de medicamentos ou suplementos vitamínicos;

- Aleitamento materno predominante (AMP): a criança recebe leite materno diretamente da mama ou dela extraído, e ainda água ou bebidas à base de água (chás, sucos) e nenhum outro alimento líquido ou sólido;

- Aleitamento materno (AM): a criança recebe leite materno diretamente da mama ou dela extraído, independentemente de estar recebendo também qualquer outro alimento líquido ou sólido, inclusive outros leites;

- Desmame (D), quando a criança não recebe mais o leite materno, mas outros tipos de leite, alimentos líquidos ou sólidos;

- Nunca mamou (NM): quando a criança nunca recebeu leite materno.

- Duração do aleitamento materno exclusivo (em dias);
- Alimentação Complementar é definida pelo Ministério da Saúde como oferta de qualquer alimento que não o leite humano à criança amamentada. Os alimentos de transição se referem aos alimentos especialmente preparados para crianças pequenas até que elas passem a receber alimentos consumidos pela família (BRASIL, 2002).
- Alimentação Complementar Oportuna (ACO) preconiza para a faixa etária entre 6 e 9 meses a manutenção do aleitamento materno e o consumo de alimentos Semi-sólidos e sólidos (OMS, 2001).

4.7 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram armazenados em um o banco de dados montado no Microsoft Excel e digitados concomitantemente à realização das entrevistas, utilizando dupla digitação para eliminar os possíveis erros. Para analisá-los, na abordagem metodológica quantitativa, foram empregados os programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Os resultados estão apresentados em tabelas com o objetivo de explicitar variações de frequência.

Os dados qualitativos foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977, p.42) representa:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Operacionalmente, para Minayo (1998), a análise de conteúdo inicia-se de uma literatura de primeiro plano para um plano mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados).

Utilizaremos a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que formam uma comunicação, e cuja frequência signifique algo para o objetivo analítico visado (MINAYO, 1998). A mesma autora inclui três fases de análise:

- **Ordenação dos dados:** faz-se o mapeamento dos dados coletados através da transcrição das fitas cassetes, releitura do material, pré-organização do material de maneira horizontal;
- **Classificação dos dados:** releitura transversal do material e classificação em categorias e unidades de registro por afinidade de temas/assuntos;
- **Análise final:** relaciona os dados empíricos com o material teórico, levando em conta os objetivos da pesquisa, os temas surgidos das entrevistas e os pressupostos teóricos.

Posteriormente, à luz do quadro teórico sobre a construção social da mulher como agente do cuidado materno, foi realizada a interpretação e a discussão dos dados empíricos, apresentados como parte dos resultados e discussão em que, para garantir o anonimato das informantes, as falas dos sujeitos estão identificadas com a palavra entrevistada seguida do número da entrevista realizada.

4.8 Procedimentos éticos

A Pesquisa Multicêntrica teve aprovação no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de São Paulo, sob responsabilidade da coordenadora geral da pesquisa a Profa. Dra. Isilia Aparecida Silva. Em Ribeirão Preto, o projeto maior foi aprovado no Comitê de

Ética da EERP-USP e na Secretaria Municipal da Saúde. A coordenadora do projeto local, Prof^a. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, realizou duas reuniões com a equipe da UBDS Vila Virgínia, juntamente com as demais pesquisadoras. Na oportunidade foram esclarecidos os objetivos propostos e elaboraram-se as etapas de operacionalização.

O recorte da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo a determinação da Resolução 196/96, sob protocolo nº 0707/2005 (Anexo 1).

Somente participaram deste estudo as mães que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Foi garantido às participantes o sigilo dos dados e o direito de recusa à participação, sem que isto interferisse na assistência oferecida. Este estudo foi desenvolvido com prévia autorização do Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, bem como do Gerente do serviço considerado.

RESULTADOS

E

DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo estão apresentados em duas seções, sendo a primeira referente aos dados quantitativos sobre as características sócio-demográficas e variáveis materno-infantil e caracterização da alimentação infantil. Na segunda seção, estão apresentados os dados referente aos dados qualitativos sobre os significados atribuídos pelas mulheres à alimentação infantil e à suas práticas de cuidar da alimentação do filho pequeno.

5.1 Análise Quantitativa

Sobre o perfil da alimentação oferecida pelas mães às crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da Unidade Distrital de Saúde Dr. Marco Antônio Sahão localizada no Bairro Vila Virgínia na cidade de Ribeirão Preto, SP, os dados se referem aos 122 questionários aplicados às mães. Vale informar que foram aplicados 128 questionários aos sujeitos, sendo que destes foram inutilizados 6 , devido a problemas de preenchimento ou incompatibilidade aos critérios de inclusão

5.1.1 Caracterização sócio-demográfica e variáveis materno-infantis

A tabela 1 dispõe a caracterização dos sujeitos amostrados em relação às variáveis sócio-demográficas variáveis materno-infantis.

Tabela 1- Distribuição das mães de crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, (n=122) segundo faixa etária, escolaridade, relação conjugal e número de filhos, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Variáveis		N	%
Faixa Etária	15 I— 20	22	18,0
	20 I— 35	88	72,1
	35 e +	12	9,8
Escolaridade	Analfabeta	4	3,3
	E.F. Incompleto	47	38,5
	E.F. Completo	18	14,8
	E.M. Incompleto	18	14,8
	E.M. Completo	30	24,6
	E.S. Incompleto	4	3,3
	E.S. Completo	1	0,8
Vive com companheiro	Sim	94	77,0
	Não	28	23,0
Nº de filhos	1	55	45,1
	2 I—4	59	48,3
	4 I—8	8	6,6
Trabalha fora do lar	Sim	32	26,2
	Não	90	73,7

E.F. : Ensino Fundamental; E.M. : Ensino Médio; E.S: Ensino Superior

Podemos observar que a idade variou de 15 a 41 anos, com média de 25,36 anos ($dp=6,27$) e mediana de 24 anos. 72,1% das mães entrevistadas tinham de 20 a 35 anos, o que condiz com a média brasileira das mulheres que deram a luz em 2004, representado por 68,8%. (DATASUS, 2004).

Quanto à escolaridade, das 122 mães, a maioria (53,3%) tinha cursado o ensino fundamental (completo e incompleto), seguido de 39,4% que cursaram o ensino médio (completo e incompleto). Tal achado está de acordo com a média nacional de mulheres em idade fértil com até oito anos de estudo, que perfaz 50,98% em 2004 (DATASUS, 2004).

Referente à relação conjugal, 94 (77,0 %) vive com companheiro e quanto ao número de filhos a média foi de 1,97 filho, sendo que variou de 1 a 8 filhos. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa conduzida em 136 municípios do estado de São Paulo sobre práticas alimentares em crianças até 12 meses (SALDIVA et. al., 2007), em que 50,3 % das mães tinham mais que um filho.

Reportando-nos a história obstétrica das mulheres, 55 (45,1%) eram primíparas e a média do número de gestações foi de 2,09 (dp=1,32), variando de 1 a 8 gravidezes. Quanto ao pré-natal a média do início de sua realização foi de 9,68 semanas (dp= 6.02) com mínimo de uma e máximo de 32 semanas. Com relação ao número de consultas observamos uma média de 8,27 (dp=2,83) consultas, com mínimo de 1 e máximo de 20.

A tabela 2 refere-se aos dados relacionados às crianças, filhos das mulheres sujeitos deste estudo.

Pela análise dos dados neonatais encontramos que, das 122 crianças estudadas, 67 (55%) eram do sexo masculino e 106 (86,9%) nasceram a termo. A média de idade foi de 5,78 meses (dp= 2,60), sendo que 70 (57,4%) crianças eram menores de 6 meses e 52 (42,6%) crianças tinham de 6 a 12 meses incompletos. Observamos também que 27 (22,1%) pertenciam à faixa etária de 6 a 9 meses incompletos. O peso variou de 2020 gramas a 4165 gramas, com média de 3181 gramas (dp= 448,1). Observamos ainda que 57,4% das crianças eram menores de 6 meses e 86,9% nasceram a termo. (Tabela 2).

Estudo de Saldiva et. al. (2007) encontrou que 50,3% das crianças eram do sexo masculino.

Tabela 2- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, segundo sexo, idade (em meses), no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Variáveis		N	%
Sexo	Masc.	67	55
	Fem.	55	45
Idade	3 meses	27	22,1
	4 meses	24	19,7
	5 meses	19	15,6
	6 $\overline{\text{T}}$ 9 meses	27	22,1
	9 $\perp$ 12 meses	25	20,5
Idade Gestacional	Pré-termo	16	13,1
	Termo	106	86,9

5.1.2 Caracterização da alimentação infantil

5.1.2.1 Quanto ao tipo de aleitamento

Para descrever o tipo de aleitamento referido pela mães entrevistadas, utilizamos como categorias de classificação: AME (Aleitamento Materno Exclusivo), AMP (Aleitamento Materno Predominante), AM (Aleitamento Materno), D (Desmame) e NM (nunca mamou).

Tabela 3- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, segundo tipos de aleitamento, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Tipos de Aleitamento											
Idade (em meses)	AME		AMP		AM		D		NM		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
3	5	18,5	6	22,2	9	33,3	7	25,9	0	0	27
4	1	4,2	3	12,5	15	62,5	4	16,7	1	4,2	24
5	1	5,3	2	10,5	11	57,9	5	26,3	0	0	19
Sub-total	7	10	11	15,7	35	50	16	22,8	1	1,42	70
6	0	0	2	14,3	8	57,1	4	28,6	0	0	14
7	0	0	0	0	2	33,3	4	66,7	0	0	6
8	0	0	0	0	2	28,6	5	71,4	0	0	7
9	0	0	0	0	6	66,7	3	33,3	0	0	9
10	0	0	0	0	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7
11	0	0	0	0	2	22,2	6	66,6	1	11,1	9
Sub-total	0	0	2	3,8	23	44,2	25	48,0	2	3,8	52
Total	7	5,7	13	10,6	58	47,5	41	33,6	3	2,45	122

Das 122 crianças de 3 a 12 meses incompletos participantes do estudo, 78 (64,0%) estavam recebendo leite materno no dia da entrevista, sendo que 7 (5,7%) recebiam AME, 13 (10,6%) estavam em AMP e 58 (47,5%) em AM. As demais 44 crianças (36%) estavam desmamadas ou nunca mamaram. (Tabela 3).

Analisando o grupo das crianças em AMP+AM quanto o tempo de aleitamento materno exclusivo, tivemos como média aritmética de 97,32 dias (dp= 45,41 dias); coeficiente de variação de 46,66% e mediana de 90 dias.

Entre as crianças desmamadas (D), quando analisado o tempo de aleitamento materno exclusivo, tivemos como média aritmética de 57,30 dias (dp=51,86 dias); coeficiente de variação de 90,51% e mediana de 60 dias.

Dentre as 70 crianças menores de 6 meses, apenas 7 (10 %) estavam em AME, 46 (65,7%) recebiam AMP ou AM e 17 (24,3%) eram desmamadas ou nunca mamaram.

Observamos também que das 52 crianças maiores de 6 meses, 2 (3,8%) estavam em AMP, 23 (44,2%) em AM e as 27 (52%) eram desmamadas ou nunca mamaram.

A comparação destes dados com os de outros estudos sobre prevalência do aleitamento materno, segundo os indicadores considerados, mostrou-se limitante pelo desenho desta pesquisa não contemplar as crianças menores de 3 meses de idade. Entretanto, verificamos que à medida que os meses passaram, a duração do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro e seis meses de vida, diminuía, tal como observado em pesquisas nacionais (ARAÚJO, 2002), no estado de São Paulo (VENÂNCIO et al., 2002) e em pesquisas do município estudado (PEREIRA et al., 2004).

Pelos estudos acima, sobre os indicadores de aleitamento, os quais foram realizados em dias nacionais de vacinação, pode-se verificar prevalências diferentes. Pesquisa realizada em 12 municípios do estado de São Paulo, em 1998, encontrou prevalências de AME em crianças menores de 4 meses, que variaram de 8,4 a 54% (VENÂNCIO et al., 2002); já na pesquisa nacional desenvolvida em 25 capitais do país, a prevalência foi de 54% (ARAÚJO, 2002); ambos estudos abrangeram crianças menores de um ano de idade. Pesquisa realizada em 2003, no município de Ribeirão Preto, que aplicou a mesma metodologia destas duas anteriores, demonstrou que 22,4% estavam em AME aos 3 meses de idade, e que 10,1 e 2,0%, respectivamente, em AME aos 4 e 5 meses de vida. (PROGRAMA DE ALEITAMENTO MATERNO, 2003).

Quando comparamos os dados dentro da pesquisa multicêntrica realizada nos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Ribeirão Preto, na qual este recorte está inserido, também observamos que o aleitamento materno exclusivo (AME) mostra-se decrescente com o avançar dos meses. Verificamos que no total de 443 crianças estudadas nos três municípios,

213 eram menores de 6 meses e 32,4% estavam em aleitamento materno. Quando especificamos por faixa etária, temos que aos 3 meses de idade 42,8% estavam em AME, aos 4 meses tivemos 31,3% das crianças e aos 5 meses de idade 23% das crianças estavam em AME. Em Ribeirão Preto encontramos o menor índice para AME (5,8%) quando confrontamos com os dados de São Paulo (15,6%) e Rio de Janeiro (34,6%) (SILVA, 2007).

Sobre as 10,6 % das crianças estavam em Aleitamento Materno Predominante (AMP) e 47,5% em Aleitamento Materno, comparativamente aos dados do estudo multicêntrico identificamos que São Paulo apresenta os índices de 7,8% e 50,5% para AMP e AM, respectivamente. Para o Rio de Janeiro temos para AMP 1,55% e para AM 47,7% (SILVA, 2007).

Pelo estudo multicêntrico observamos ainda que 22,8% das crianças menores de 6 meses estão desmamadas e 1,42% nunca foi amamentada. Com relação ao desmame, temos em São Paulo que 25,0% das crianças para a mesma faixa etária eram desmamadas, enquanto que os dados do Rio de Janeiro mostraram 15,4% (SILVA, 2007).

5.1.2.2 Quanto a Alimentação Complementar

Faz-se necessário salientar que, devido ao desenho do estudo não foi possível captarmos o momento de introdução dos alimentos complementares, mas como estão distribuídos os alimentos ofertados as crianças de acordo com as faixas etárias (3 a 11 meses de idade). Apresentamos o consumo dos alimentos inicialmente para o total das 122 crianças amostradas, distribuídos por idades menores de 6 meses e maiores e igual a 6 meses.

5.1.2.2.1 Aleitamento artificial, água / chá, e aditivos

Considerando o leite artificial, água, chá, sucos e aditivos ofertados a criança, na tabela 6 está apresentada a distribuição das crianças agrupadas em menores e maiores e igual a 6 meses de idade e o consumo destes líquidos.

De acordo com a tabela 4, observamos que das 70 crianças menores de 6 meses, 58 (82,8 %) faziam uso de água / chá. O consumo de leite integral e em pó para esta mesma faixa etária foi de 19 (27,2%) e 24 (34,3%) respectivamente. Dentre as crianças maiores de 6 meses, 98,1% faziam uso de água/chá e consumo do leite integral é ofertado para a maioria (61,5%), enquanto que para o leite em pó houve 23,1%. Quanto a utilização de aditivos aos líquidos ofertados, entre as crianças menores de 6 meses, 21 (30%) recebiam adição de açúcar, 7 (10 %) de engrossante e 1 (1,4 %) de achocolatado. Para as maiores de 6 meses, a utilização destes aditivos é maior, considerando o percentual de crianças que os recebem, ou seja, 26 (50%) recebem adição de açúcar, 13 (25%) engrossante e 9 (17,3 %) achocolatado.

Tabela 4 - Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, segundo consumo de leite artificial, água/chá e aditivos, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Alimentos		Idade da criança				Total	
		< 6 meses		>=6 meses			
		N	%	N	%	N	%
Água / chá	Sim	58	82,8	51	98,1	109	89,4
	Não	12	17,2	1	1,9	13	10,6
	Total	70	100	52	100	122	100
Leite Integral	Sim	19	27,2	32	61,5	51	41,8
	Não	51	72,8	20	38,5	71	58,2
	Total	70	100	52	100	122	100
Leite em pó	Sim	24	34,3	12	23,1	36	29,5
	Não	46	65,7	40	76,9	86	70,5
	Total	70	100	52	100	122	100
Açúcar	Sim	21	30	26	50	47	38,5
	Não	49	70	26	50	75	61,5
	Total	70	100	52	100	122	100
Engrossante	Sim	7	10	13	25	20	16,4
	Não	63	90	39	75	102	83,6
	Total	70	100	52	100	122	100
Achocolatado	Sim	1	1,4	9	17,3	10	8,2
	Não	69	98,6	43	82,7	112	91,8
	Total	70	100	52	100	122	100

Das 122 crianças que fizeram parte deste estudo, 57,4% eram menores de 6 meses e destas 82,2% consumiam água/chá. Das maiores de 6 meses (42,6%) 98,1% consumiam água/chá.

A introdução de líquidos como a água e chás é desnecessária. Estudos apontam que tal prática é difundida em nosso meio quase como um traço cultural, acreditando-se que tais líquidos são necessários porque a criança sente sede e além disso, a mãe teme a desidratação, principalmente no verão (MARTINES, REA, de ZOYZA, 1992).

Observamos uma inversão no percentual de crianças que recebiam leite em pó e leite integral, quando comparado as menores de 6 meses com as maiores de 6 meses. Esse resultado é também verificado em outras pesquisas como a de Souza et al. (1997) com crianças atendidas em centros de saúde-escola no município de São Paulo. O leite formulado é indicado como melhor opção quando ocorre precocemente o desmame (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 1998).

A adição de açúcar aos alimentos deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. Isso vai fazer com que a criança não se desinteresse pelos cereais, legumes e verduras (BRASIL, 2002).

5.1.2.2.2 Quanto a frutas, legumes e verduras.

A introdução de fruta, legumes e verduras fazem parte da denominada alimentação complementar. Na tabela 5 está apresentada a oferta destes alimentos pelas mães, sujeitos deste estudo, aos filhos menores de 1 ano.

Tabela 5- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, segundo consumo de frutas, legumes e verduras, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Alimentos		Idade da criança				Total	
		< 6 meses		>=6 meses			
		N	%	N	%	N	%
Frutas	Sim	43	61,4	50	96,2	93	76,2
	Não	27	38,6	2	3,8	29	23,8
	Total	70	100	52	100	122	100
Legumes	Sim	23	32,8	47	90,4	70	57,4
	Não	47	67,2	5	9,6	52	42,6
	Total	70	100	52	100	122	100
Verduras	Sim	5	7,2	29	55,8	34	27,9
	Não	65	92,8	23	44,2	88	72,1
	Total	70	100	52	100	122	100

Observamos que das 70 crianças menores de 6 meses, a maioria (61,4%) recebiam frutas em sua dieta, 23 (32,8%) legumes e 5 (7,2 %) verduras, ao passo que das 52 crianças maiores de 6 meses, 50 (96,2%) utilizavam frutas na dieta, 47 (90,4%) legumes e 29 (55,8%) verduras.

As frutas e hortaliças (legumes e verduras) são as principais fontes de vitaminas, minerais e fibras. Normalmente esses alimentos são pouco aceitos pelas crianças, e pouco estimulados pelos pais. Geralmente a mãe desiste de oferecer esses alimentos quando a criança os recusa pela primeira vez, por achar que ela não os aprecia. Além disso, há o costume de substituir uma refeição por bebidas lácteas, quando existe recusa do alimento (BRASIL, 2002).

Observamos que o consumo de frutas é o que apresenta maior percentual de crianças que consomem, tanto entre as menores como as maiores de 6 meses. Esses achados corroboram com outros estudos que revelam que as frutas é o alimento mais consumido depois do leite. São alimentos preferencialmente oferecidos no início da alimentação

complementar, tanto por ser enfatizado por profissionais de saúde, como pela facilidade de aceitação da criança e pela oferta do produto (OLIVEIRA et al. 2005; SALDIVA et al., 2007).

5.1.2.2.3 Quanto a caldo de carne, carne, frango / aves, fígado e peixe .

Na alimentação complementar é recomendada a introdução gradual dos alimentos, sendo as carnes numa etapa posterior. A tabela 6 apresenta a distribuição das crianças, filhos das mulheres participantes deste estudo e consumo de caldo de carne, carne, frango, fígado e peixe.

De acordo com a tabela 8, 10 (14,3 %) das crianças menores de 6 meses consumiam caldo de carne, 7 (10 %) carne, 5 (7,2 %) frango/ aves e 3 (4,3%) fígado. Das maiores de 6 meses, 35 (67,3%) faziam uso de caldo de carne, 34 (65,4%) de carne, 35 (67,3 %) de frango/ aves, 26 (50%) de fígado e 7 (13,5%) de peixe.

No estudo de Saldiva et al. (2007) o consumo de carne para crianças com média de 6 meses foi em torno de 66,0%.

Importante fonte de proteína de origem animal são as carnes, sejam elas bovina, aves, peixes e de vísceras como o fígado. A carne de boi magra e o frango são recomendados por conter menor teor de gordura e ser menos alergênicas e, portanto, são as primeiras a serem introduzidas na dieta da criança. É ainda importante fonte de ferro e de alta biodisponibilidade. O peixe, geralmente, se recomenda sua introdução a partir do nono mês (PALMA E BARBOSA, 2008). Com base em nossos achados é possível identificar que entre as crianças maiores de 6 meses, a maioria consumia carne bovina e de aves, o que se mostra

adequado para esta faixa etária. Observa-se, porém, inadequações no consumo destes alimentos entre as crianças menores de 6 meses, com percentuais menores.

Tabela 6- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, segundo consumo de caldo de carne, carne, frango/aves, fígado e peixe, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Alimentos		Idade da criança				Total	
		< 6 meses		>=6 meses			
		N	%	N	%	N	%
Caldo de carne	Sim	10	14,3	35	67,3	45	36,9
	Não	60	85,7	17	32,7	77	63,1
	Total	70	100	52	100	122	100
Carne	Sim	7	10	34	65,4	41	33,6
	Não	63	90	18	34,6	81	66,4
	Total	70	100	52	100	122	100
Frango/aves	Sim	5	7,2	35	67,3	40	32,8
	Não	65	92,8	17	32,7	82	67,2
	Total	70	100	52	100	122	100
Fígado	Sim	3	4,3	26	50	29	23,8
	Não	67	95,7	26	50	93	76,2
	Total	70	100	52	100	122	10
Peixe	Sim	0	0	7	13,5	7	5,7
	Não	70	100	45	86,5	115	94,3
	Total	70	100	52	100	122	10

5.1.2.2.4 Quanto a caldo de feijão, feijão, arroz/macarrão, gema de ovo, ovo inteiro, pão/bolacha

Verificamos pela tabela 7, que 15 (21,4%) crianças menores de 6 meses consumiam caldo de feijão, 4 (5,7%) feijão, 10 (14,3%) arroz/ macarrão e 14 (20%) pão/ bolacha. Quanto

às maiores de 6 meses, 49 (94,2%) consumiam caldo de feijão, 17 (32,7%) feijão, 47 (90,4%) arroz/ macarrão, 21 (40,4%) gema de ovo, 9 (17,3%) ovo inteiro e 46 (88,5%) pão/ bolacha.

Observamos que houve precocidade na oferta do ovo (uma criança já consumia aos 6 meses de idade) e a oferta do feijão está baixa, considerando as crianças maiores de 6 meses. O caldo do feijão está presente desde os primeiros meses de idade.

Como fonte de proteína de origem vegetal inclui-se o feijão e o ovo. A respeito destes alimentos, Modesto et al. (2007), verificaram em seu estudo do tipo corte transversal conduzido em Unidades Básicas de Saúde no município de Taboão da Serra-SP com 180 crianças, que os alimentos considerados fonte de ferro (feijão e carne) foram os últimos a serem incorporados à dieta, mas, ainda assim, em época adequada (180 dias de vida).

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Szarfarc et al. (1988) e Spinelli (2000) em que o feijão e o ovo foram as introduções mais tardias, passando a fazer parte da alimentação da quase totalidade das crianças somente no final do primeiro ano de vida .

Tabela 7- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , segundo consumo de caldo de feijão, feijão, arroz/ macarrão, gema de ovo e ovo inteiro , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Alimentos		Idade da criança				Total	
		< 6 meses		>=6 meses			
		N	%	N	%	N	%
Caldo de feijão	Sim	15	21,4	49	94,2	64	52,5
	Não	55	78,6	3	5,8	58	47,5
	Total	70	100	52	100	122	100
Feijão	Sim	4	5,7	17	32,7	21	17,2
	Não	66	94,3	35	67,3	101	82,8
	Total	70	100	52	100	122	100
Arroz/macarrão	Sim	10	14,3	47	90,4	57	46,7
	Não	60	85,7	5	9,6	65	53,3
	Total	70	100	52	100	122	100
Gema de ovo	Sim	0	0	21	40,4	21	17,2
	Não	70	100	31	59,6	101	82,8
	Total	70	100	52	100	122	10
Ovo inteiro	Sim	0	0	9	17,3	9	7,4
	Não	70	100	43	82,7	113	92,6
	Total	70	100	52	100	122	10
Pão/Bolacha	Sim	14	20	46	88,5	60	49,2
	Não	56	80	6	11,5	62	50,8
	Total	70	100	52	100	122	10

5.1.2.2.5 Quanto a café e refrigerante

Tabela 8- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, segundo consumo de café e refrigerante, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Alimentos		Idade da criança				Total	
		< 6 meses		>=6 meses			
		N	%	N	%	N	%
Café	Sim	3	4,3	8	15,7	11	9,2
	Não	66	95,7	43	84,3	109	90,8
	Total	69	100	51	100	120	100
Refrigerante	Sim	4	6,2	24	48	28	24,6
	Não	60	93,8	26	52	86	75,4
	Total	64	100	50	100	114	100

De acordo com a tabela 8, podemos observar que 3 (4,3%) das crianças menores de 6 meses faziam uso de café e 4 (6,2%) de refrigerante. Das maiores de 6 meses, 8 (15,7%) consumiam café e 24 (48%) refrigerante.

Alimentos como biscoitos, café e refrigerantes, apesar de as mães considerá-los muitas vezes como “besteiras”, como observa Stefanello (2008) em seu estudo com mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano, estes são ofertados. Para Rotemberg e De Vargas (2004), provavelmente o *marketing* realizado diante desses produtos e pelo *status* que carregam, ligado a um custo mais alto, as mães acabam incorporando-os na dieta de seus filhos. Vale destacar o prejuízo que os alimentos açucarados trazem a saúde bucal por serem cariogênicos e ainda, particularmente o café e o chá preto e mate na absorção do ferro.

Ainda como parte desta análise, entendemos que a depender do tipo de amamentação recebida pela criança, esta tem necessidades nutricionais distintas que merecem ser analisadas, o que não é considerado na maioria dos estudos observado na literatura consultada. Apresentamos um perfil da alimentação complementar ofertada por subgrupos de crianças conforme o tipo de aleitamento, ou seja: AMP; AM, D e NM.

5.1.2.3 Caracterização da alimentação complementar segundo tipo de aleitamento.

Durante os primeiros seis meses de vida o leite materno é o alimento capaz de atender, de forma completa, todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes. Após este período, faz-se necessária a introdução, de forma gradual, de alimentos complementares que atendam as necessidades nutricionais da criança (SANTOS, 2007). É apenas a partir dos 6 meses de idade que as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano. Também a partir desta idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno (WHO, 1998).

Tendo estes aspectos como padrão de uma boa alimentação da criança pequena é que se instituiu o Guia alimentar para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2002). Entretanto, é preciso considerar que nem sempre a alimentação da criança segue este padrão e a orientação para a alimentação complementar não compreende de adequações necessárias com base nos tipos de aleitamento que a criança está recebendo. Neste sentido, entendemos ser importante traçar o perfil de consumo da alimentação complementar de acordo com cada tipo de aleitamento ofertado a criança, como seguem nas tabelas abaixo. Caracterizaremos a

alimentação complementar de acordo com Aleitamento Materno Predominante, Aleitamento Materno, Desmame e Nunca Mamou.

5.1.2.3.1 Aleitamento materno predominante

Podemos observar, através da tabela 9, que das crianças que estavam em aleitamento materno predominante, as que contavam com três meses de idade representam a maior porcentagem (46,2) de consumo de água /chá. Quanto ao consumo de açúcar ocorreu por apenas um criança que contava com 5 meses de idade e ao consumo de suco/frutas, este aparece aos 5 meses.

Observamos que 13 crianças estavam AMP, sendo que todas consumiam água/chá e tinham até 6 meses de idade. A mesma porcentagem foi encontrada por Saldiva et al.(2007) em estudo realizado no estado de São Paulo com 136 municípios. (Tabela 9)

O fato de qualquer outro líquido ser dispensável durante a AME está relacionado com a constituição do leite materno, que possui aporte hídrico adequado para o lactente. A introdução de outros líquidos como a água durante a AME não somente é desnecessária como se faz prejudicial, pois pode fazer com que a criança não receba a quantidade suficiente de leite materno (substitui a mamada), como a deixa susceptível a infecções e à desnutrição. No entanto, a partir do momento que a criança já não mais se encontra em AME estando, portanto em AMP, AM, D ou NM a introdução de líquidos que complementem o aporte hídrico se faz necessário (BRASIL, 2002).

Tabela 9- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em AMP* (n=13), segundo consumo de água/chá, açúcar e suco/frutas, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	água/chá		Alimentos açúcar		suco/frutas	
	N	%	N	%	N	%
3 meses	6	46,2	0	0	0	0
4 meses	3	23,1	0	0	0	0
5 meses	2	15,4	1	100	1	100
6 meses	2	15,4	0	0	0	0
7 meses	0	0	0	0	0	0
8 meses	0	0	0	0	0	0
9 meses	0	0	0	0	0	0
10 meses	0	0	0	0	0	0
11 meses	0	0	0	0	0	0
Total	13	100	1	100	1	100

* Aleitamento Materno Predominante

5.1.2.3.2 Aleitamento materno

Com relação as crianças que se encontravam em **AM**, que contabilizaram um total de 58 crianças, 53 (91,3%) recebiam água/chá. Dessa forma, tem-se que 5 crianças não recebiam estes líquidos (tabela 10). Observamos que dentre as crianças em aleitamento materno, o consumo de água/chá é maior naquelas com 4 meses de idade. O mesmo ocorre com o consumo de leite integral, leite em pó.

Tabela 10- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em AM* (n=58), segundo consumo de água/chá, leite integral, leite em pó e achocolatado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos							
	água/chá		Leite Integral		Leite em pó		Achocolatado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	6	11,3	0	0	5	20,8	0	0
4 meses	15	28,3	6	37,5	8	33,3	1	25,0
5 meses	11	20,7	3	18,7	4	16,7	0	0
6 meses	8	15,1	2	12,5	2	8,3	0	0
7 meses	2	3,8	0	0	0	0	0	0
8 meses	2	3,8	0	0	1	4,2	1	25,0
9 meses	6	11,8	4	25,0	3	12,5	1	25,0
10 meses	2	3,8	0	0	1	4,2	0	0
11 meses	1	1,9	1	6,3	0	0	1	25,0
Total	53	100	16	100	24	100	4	100

* Aleitamento Materno

Conforme tabela 10, das crianças em AM, 4 (7%) consumiam achocolatado. Na tabela 11 identificamos que 34,5% destas crianças consumiam açúcar e 10,3% consumiam engrossante.

Tabela 11- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em AM* (n=58), segundo consumo de açúcar, engrossante, café, refrigerante, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos							
	Açúcar		Engrossante		Café		Refrigerante	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	2	10,0	0	0	0	0	0	0
4 meses	5	25,0	2	33,3	2	40	2	14,3
5 meses	4	20,0	1	16,7	1	0	1	7,1
6 meses	2	10,0	1	16,7	0	0	1	7,1
7 meses	1	5,0	1	16,7	0	0	1	7,1
8 meses	2	10,0	0	0	0	0	1	7,1
9 meses	4	20,0	1	16,7	1	20	5	35,7
10 meses	0	0	0	0	0	0	2	14,3
11 meses	0	0	0	0	1	20	1	7,1
Total	20	100	6	100	5	100	14	100

* Aleitamento Materno

O consumo de açúcar se faz presente precocemente, em crianças de 3 meses, mantendo-se como parte da alimentação de crianças para outros meses de idade até os nove meses, sendo os maiores percentuais nas crianças com 4, 5 e 9 meses de idade. Aos 4 meses de idade também observamos maiores percentuais de crianças recebendo engrossante e café. Este último já está sendo consumido aos 4 meses e o refrigerante está presente em todas as idades, mas é maior entre as crianças de 9 meses (35,7%).

Os pães e cereais são alimentos ricos em carboidratos e devem aparecer em quantidades maiores nas refeições, pois aumentam a densidade energética (BRASIL, 2002).

Conforme os dados apresentados na tabela 12, observamos que 46,5% das crianças em **AM** consumiam arroz/macarrão e 53,4% faziam uso de pão/bolacha.

Identificamos como período de idade em que há um maior percentual de crianças consumindo arroz/macarrão e bolacha/pão, aquele entre 4 a 6 meses. Ainda as crianças de 9 meses de idade apresentam maior percentual de consumo de arroz/macarrão e o segundo maior percentual para o consumo de bolacha/pão. Provavelmente, isto ocorre em função de que, nesta idade, a criança já consome a mesma alimentação da família, na qual arroz/macarrão e bolacha/pão são alimentos consumidos rotineiramente.

Tabela 12- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em AM* (n=58), segundo consumo de arroz/macarrão e bolacha/pão, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos			
	Arroz/macarrão		Bolacha/pão	
	N	%	N	%
3 meses	1	3,7	1	3,2
4 meses	2	7,4	3	9,7
5 meses	4	14,8	5	16,1
6 meses	5	18,5	7	22,6
7 meses	2	7,4	2	6,5
8 meses	2	7,4	2	6,5
9 meses	6	22,2	6	19,4
10 meses	3	11,1	3	9,7
11 meses	2	7,4	2	6,5
Total	27	100	31	100

* Aleitamento Materno

A tabela 13 nos mostra que dentre as crianças em **AM**, temos que 50 (86,2%) consumiam frutas, sendo que as maiores porcentagens de consumo encontravam-se entre os 4 e 5 meses de idade, 12 (24%) e 10 (20%), respectivamente. Observamos que 35 (70,0%) das crianças em AM que consumiam frutas tinham até 6 meses. Quanto aos legumes, temos que 33 (56,8%) das crianças em AM consumiam estes alimentos e quanto às verduras, obtivemos uma menor proporção de crianças (32,7%), sendo observado um maior percentual de consumo entre as crianças aos 9 meses (31,6%).

Tabela 13- Distribuição das crianças de 3 a 12 incompletos meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em AM* (n=58), segundo consumo de frutas, legumes e verduras , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos					
	frutas		legumes		verduras	
	N	%	N	%	N	%
3 meses	5	10,0	2	6,1	0	0
4 meses	12	24,0	4	12,1	2	10,5
5 meses	10	20,0	7	21,2	1	5,3
6 meses	8	16,0	6	18,2	5	26,3
7 meses	2	4,0	1	3,0	0	0
8 meses	2	4,0	2	6,1	1	5,3
9 meses	6	12,0	6	18,2	6	31,6
10 meses	3	6,0	3	9,1	2	10,5
11 meses	2	4,0	2	6,1	2	10,5
Total	50	100	33	100	19	100

* Aleitamento Materno

Com base na tabela 14, temos que das crianças em AM, 5 (8,6%) consumiam gema de ovo, estando presente na dieta dessas crianças desde os 6 meses. Com relação ao ovo inteiro, 3 (5,1%) das crianças consumiam. Quanto ao feijão, 31 (53,4%) das crianças consumiam o caldo e 9 (15,5%) o feijão. Observamos que o consumo de caldo de feijão está presente desde o 3 meses, sendo maior aos 5, 6 e 9 meses.

Tabela 14- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em AM* (n=58), segundo consumo de gema de ovo, ovo inteiro, caldo de feijão e feijão, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos							
	gema de ovo		ovo inteiro		caldo de feijão		feijão	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0	1	3,2	0	0
4 meses	0	0	0	0	3	9,7	1	11,1
5 meses	0	0	0	0	5	16,1	2	22,2
6 meses	1	20,0	0	0	7	22,6	0	0
7 meses	0	0	0	0	2	6,5	0	0
8 meses	0	0	0	0	2	6,5	0	0
9 meses	1	20,0	2	66,7	6	19,0	4	44,4
10 meses	2	40,0	1	33,3	3	9,7	1	11,1
11 meses	1	20,0	0	0	2	6,5	1	11,1
Total	5	100	3	100	31	100	9	100

* Aleitamento Materno

Os ovos são oferecidos inteiros apenas depois dos 10 meses. Somente a gema do ovo pode ser oferecida aos 9 meses (BRASIL,2002).

Tal como evidenciado anteriormente, a idade de 9 meses marca a entrada da criança no consumo da alimentação da família, o que se pode caracterizar pelo uso do feijão e do ovo inteiro, faixa de idade em que se observa maiores percentuais de consumo destes alimentos.

A partir do momento em que a criança começa a receber outro alimento, a absorção do ferro do leite materno diminui significativamente, dessa forma a introdução de carne e vísceras é muito importante. As carnes vermelhas, brancas e miúdos possuem ferro de alta biodisponibilidade, prevenindo a anemia (BRASIL, 2002).

A tabela 15 nos mostra como se comportou o consumo de carnes vermelhas, brancas e miúdos.

As crianças em AM apresentaram a mesma percentagem de consumo de caldo de carne e carne, perfazendo 32,7%. O consumo de peixe contabilizou 5,2% e 11 crianças (18,9%) consumiam fígado, conforme a tabela 17. O consumo de caldo de carne, carne e aves é maior aos 9 meses, embora estes alimentos já estivessem presentes na dieta destas crianças desde os 4 meses. O consumo do fígado se manteve praticamente homogêneo em todas as idades, e também esteve presente desde os 4 meses de idade. O peixe foi pouco consumido.

Tabela 15- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em AM* (n=58), segundo consumo de caldo de carne, carne, peixe, aves e fígado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos									
	caldo de carne		Carne		peixe		Aves		Fígado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	1	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0
4 meses	1	5,3	2	10,5	0	0	1	5,9	1	9,1
5 meses	3	15,8	2	10,5	0	0	2	11,8	1	9,1
6 meses	3	15,8	1	5,3	0	0	1	5,9	2	18,2
7 meses	0	0	1	5,3	0	0	0	0	0	0
8 meses	1	5,3	2	10,5	0	0	2	11,8	1	9,1
9 meses	5	26,3	6	31,6	2	66,7	6	35,3	2	18,2
10 meses	3	15,8	3	15,8	0	0	3	17,6	2	18,2
11 meses	2	10,6	2	5,3	1	33,3	2	11,8	2	18,2
Total	19	100	19	100	3	100	17	100	11	100

* Aleitamento Materno

5.1.2.3.3. Desmamados

Pela tabela 16, temos que o consumo de água/chá comportou-se de maneira praticamente uniforme em cada faixa etária. Considerando o n= 41 crianças desmamadas, uma criança não fazia uso de água/chá. Das 41 crianças desmamadas, 33 (80,4%) consumiam

leite integral e 11 (26,8%) leite em pó. O consumo de leite integral obteve maior percentual, 15,2% aos 3, 8 e 11 meses e o do leite em pó aos 3 meses (36,4%). Temos ainda que 5 (12,1%) crianças consumiam achocolatado.

Tabela 16- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em D* (n=41), segundo consumo de água/chá, leite integral, leite em pó e achocolatado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Água/chá		Alimentos				Achocolatado	
	N	%	Leite Integral		Leite em pó		N	%
3 meses	6	15,0	5	15,2	4	36,4	0	0
4 meses	4	10,0	2	6,1	2	18,2	0	0
5 meses	5	12,5	3	9,1	1	9,1	0	0
6 meses	4	10,0	4	12,1	0	0	0	0
7 meses	4	10,0	3	9,1	2	18,2	1	20,0
8 meses	5	12,5	5	15,2	0	0	0	0
9 meses	3	7,5	3	9,1	0	0	0	0
10 meses	3	7,5	3	9,1	1	9,1	2	40,0
11 meses	6	15,0	5	15,2	1	9,1	2	40,0
Total	40	100	33	100	11	100	5	100

* Desmame

Os dados refletem o que hoje acontece nos serviços de puericultura, a indicação do leite em pó anteriormente ao leite integral, conformando uma inversão nos valores desses alimentos.

A introdução de leite de vaca no primeiro ano de vida indica uma tendência constante ao desmame, contrapondo-se ao tempo de duração incentivado pelas políticas de saúde em nosso país, na melhora da qualidade do estado nutricional infantil (BRASIL, 2002). O desmame precoce e adoção de alimentação pela mamadeira torna propícia a desnutrição, sendo a ferro-deficiência um dos eventos que decorrem desta prática.

Considerando que a mediana de duração do AME para o grupo de desmamados foi de 60 dias, é preocupante o baixo percentual de crianças que consomem água nas diferentes idades. O que parece evidenciar com estes achados é que as mães não estão sendo informadas que a não oferta de água é apenas para as crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

Na tabela 17, dentre as crianças **desmamadas**, 13 (31,7%) consumiam engrossante. Temos que 25 (61,0%) da crianças consumiam açúcar, sendo que 44,4% eram menores de 6 meses.

O consumo de açúcar e engrossante se mostram distribuídos quase que homogeneamente em todas as idades dos 3 a 11 meses, sendo que o maior percentual de crianças que consumiam açúcar foi com idade 11 meses (20%) e para o engrossante aos 7 meses de idade (23,1%). Quanto ao café, observamos seu consumo em crianças a partir dos 8 meses. Com relação ao consumo de refrigerante, temos maior percentual de crianças com 11 meses (41,7%) (Tabela 17).

Tabela 17- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de açúcar,engrossante,café e refrigerante , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos							
	Açúcar		Engrossante		Café		Refrigerante	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	3	12,0	2	15,4	0	0	0	0
4 meses	3	12,0	1	7,7	0	0	0	0
5 meses	3	12,0	1	7,7	0	0	0	0
6 meses	2	8,0	1	7,7	0	0	1	8,3
7 meses	2	8,0	3	23,1	0	0	1	8,3
8 meses	4	16,0	0	0	1	20,0	3	25,0
9 meses	0	0	1	7,7	1	20,0	0	0
10 meses	3	12,0	2	15,4	1	20,0	2	16,7
11 meses	5	20,0	2	15,4	2	40,0	5	41,7
Total	25	100	13	100	5	100	12	100

* Desmame

Conforme visualizado na tabela 18, das crianças **desmamadas**, 39 (95,1%) consumiam frutas, 33 (80,4%) consumiam legumes e 34 (34,1%) consumiam verduras. O consumo de frutas aos 3 meses é de 12,8% , permanecendo o percentual de crianças mais ou menos uniforme até os 8 meses, com maior percentual entre as crianças de 11 meses de idade (15,4%). O consumo de legumes tem igual percentual entre as crianças com 5 e 8 meses (15,2%) sendo o maior percentual para as crianças de 11 meses (18,2%). Já o consumo de

verduras, está presente a partir dos 5 meses de idade (15,2%) e o maior percentual está entre as crianças de 9 e 10 meses de idade (21,4%).

Tabela 18- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em D* (n=41), segundo consumo de frutas, legumes e verduras, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos					
	frutas		legumes		verduras	
	N	%	N	%	N	%
3 meses	5	12,8	1	3,0	0	0
4 meses	4	10,3	2	6,1	0	0
5 meses	5	12,8	5	15,2	2	14,3
6 meses	4	10,3	4	12,1	2	14,3
7 meses	4	10,3	4	12,1	1	7,1
8 meses	5	12,8	5	15,2	2	14,3
9 meses	3	7,7	3	9,1	3	21,4
10 meses	3	7,7	3	9,1	3	21,4
11 meses	6	15,4	6	18,2	1	7,1
Total	39	100	33	100	14	100

* Desmame

Com base na tabela 19, observamos que, do total de crianças **desmamadas**, 28 (68,2%) consumiam arroz/macarrão e 27 (65,8%) consumiam bolacha/pão. Temos que o maior consumo de arroz/macarrão se dá aos 8 meses (17,9%) e 11 meses (21,4%). O mesmo ocorre com bolacha/pão, cujo consumo aos 8 meses é de 18,5% e aos 11 meses 22,2%.

Tabela 19- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de alimentos , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos			
	Arroz/macarrão		Bolacha/pão	
	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0
4 meses	0	0	2	7,4
5 meses	3	10,7	3	11,1
6 meses	4	14,3	3	11,1
7 meses	4	14,3	2	7,4
8 meses	5	17,9	5	18,5
9 meses	3	10,7	3	11,1
10 meses	3	10,7	3	11,1
11 meses	6	21,4	6	22,2
Total	28	100	27	100

* Desmame

As maiores percentagens encontram-se a partir dos 8 meses de idade, o que pode ser explicado pelo fato de nesta idade a criança, geralmente, já estar consumindo alimentos da família.

Pela tabela 20, do total de crianças **desmamadas**, 24 (58,5%) faziam uso de caldo de carne, 20 (48,7%) consumiam carne, 4 (9,7%) consumiam peixe, 21 (51,2%) consumiam aves e 16 (39%) consumiam fígado.

Tabela 20- Distribuição das crianças de 3 a 21 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em D* (n=41), segundo consumo de caldo de carne, carne, peixe, aves, fígado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos									
	Caldo de carne		Carne		Peixe		Aves		Fígado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 meses	5	20,8	3	15,0	0	0	2	9,5	1	6,3
6 meses	2	8,83	3	15,0	0	0	2	9,5	1	6,3
7 meses	3	12,5	2	10,0	0	0	3	14,3	1	6,3
8 meses	3	12,5	3	15,0	0	0	4	19,0	5	31,3
9 meses	2	8,3	3	15,0	1	25,0	3	14,3	2	12,5
10 meses	3	12,5	3	15,0	2	50,0	3	14,3	2	12,5
11 meses	6	25,0	3	15,0	1	25,0	4	19,0	4	25,0
Total	24	100	20	100	4	100	21	100	16	100

* Desmame

Observamos que o consumo de carne, aves e fígado, bem como caldo de carne tem início para estas crianças a partir do 5º mês de idade. O peixe é oferecido mais tardiamente, aos 9 meses. Após a introdução da carne aos 5 meses o percentual de crianças por faixa etária de 5 a 11 meses se mostra praticamente uniforme. Com relação às aves, o maior consumo se dá aos 8 e aos 11 meses de idade, com mesmo percentual (19%). O caldo de carne é consumido em maior percentual entre as crianças de 5 meses (20,8%), reduzindo o percentual

para os meses que se segue, voltando a crescer aos 11 meses (42,9%), obtendo maior percentual de consumo para este alimento.

O consumo de carnes e feijão é recomendado pela Organização Mundial de Saúde quando o leite de vaca é parte importante da dieta, como suplementos de ferro na dieta da criança. A este respeito, o consumo de leite de vaca por crianças menores de 12 meses tem sido discutido no meio científico em razão da baixa biodisponibilidade de ferro atrelado a possibilidade de causar perda de sangue pelo trato gastrointestinal e levar à sobrecarga renal de solutos (pela elevada quantidade de proteínas e alguns minerais em sua composição) (DEWEY, 2004). Ainda, autores como Devincenzi, Colugnati e Sigulem (2004) identificaram que entre crianças de baixa renda com idade entre 6 e 12 meses, o consumo de feijão, carne e alimentos fonte de vitamina C é fator protetor para anemia aos 6 meses de idade, indicando que a alimentação adequada pode prevenir ou minimizar os efeitos da anemia ferropriva na infância.

Observamos, na tabela 21, que dentre as crianças desmamadas, cerca de 14 (34,1%) consumiam gema de ovo, sendo que este alimento já estava presente na dieta desde os 7 meses. Temos que 5 (12,1%) consumiam ovo inteiro, sendo que seu consumo já aparecia aos 6 meses de idade. O caldo do feijão é consumido por 31 (75,6%) crianças e o feijão por 11 (26,8%) delas.

Tabela 21- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em D* (n=41), segundo consumo de gema de ovo, ovo inteiro, caldo de feijão e feijão, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos							
	gema de ovo		ovo inteiro		caldo de feijão		feijão	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
4 meses	0	0	0	0	1	3,2	0	0
5 meses	0	0	0	0	5	16,1	1	9,1
6 meses	0	0	1	20,0	4	12,9	0	0
7 meses	1	7,1	0	0	4	12,9	3	27,3
8 meses	2	14,3	0	0	5	16,1	1	9,1
9 meses	3	21,4	0	0	3	9,7	0	0
10 meses	2	14,3	1	20,0	3	9,7	2	18,2
11 meses	6	42,9	3	60,0	6	19,4	4	36,4
Total	14	100	5	100	31	100	11	100

* Desmame

Aos 9 meses, idade preconizada pelo Ministério da Saúde para introdução da gema do ovo, temos 21,4% de crianças que consomem este alimento. Aos 11 meses o consumo é de 42,9%. Quanto ao ovo inteiro , observa-se seu consumo já aos 6 meses. O caldo de feijão aparece aos 4 meses e tem seu maior consumo aos 5 meses (16,1%), 8 meses(16,1%) e 11 meses (19,4%). O feijão tem seu maior consumo aos 7 (27,3%) e 11 meses (36,4%).

5.1.2.3.4. Nunca mamou

Encontramos 3 crianças que nunca mamaram. Todas consumiam água/chá. O leite integral esteve presente em 66,7% das dietas das crianças que nunca mamaram, enquanto que o leite em pó esteve presente em 33,3%, como pode ser observado na tabela 22.

Observamos o consumo de leite integral aos 4 meses, bem como o consumo de água/chá.

Tabela 22- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em NM* (n=3), segundo consumo de água/chá, leite integral, leite em pó, achocolatado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	água/chá		Alimentos				Achocolatado	
	N	%	Leite Integral		Leite em pó		N	%
3 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
4 meses	1	33,3	1	50,0	0	0	0	0
5 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
7 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
8 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
9 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
10 meses	1	33,3	0	0	1	100,0	0	0
11 meses	1	33,3	1	50,0	0	0	1	100,0
Total	3	100	2	100	1	100	1	100

* Nunca mamou

Pela tabela 23, observamos que uma criança (33,3%) do total de crianças que nunca mamaram consumiu achocolatado, açúcar e engrossante.

Tabela 23- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde , em NM* (n=3), segundo consumo de açúcar, engrossante, café e refrigerante , no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos							
	Açúcar		Engrossante		Café		Refrigerante	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
4 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
5 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
7 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
8 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
9 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
10 meses	0	0	0	0	1	100,0	1	100,0
11 meses	1	100,0	1	100,0	0	0	0	0
Total	1	100	1	100	1	100	1	100

* Nunca mamou

Quanto a frutas e legumes todas as crianças que nunca mamaram consumiam. Apenas uma (33,3%) consumia verduras aos 10 meses (tabela 24).

Tabela 24- Distribuição das crianças de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em NM* (n=3), segundo consumo de frutas, legumes e verduras, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos					
	frutas		legumes		verduras	
	N	%	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0	0	0
4 meses	1	33,3	1	33,3	0	0
5 meses	0	0	0	0	0	0
6 meses	0	0	0	0	0	0
7 meses	0	0	0	0	0	0
8 meses	0	0	0	0	0	0
9 meses	0	0	0	0	0	0
10 meses	1	33,3	1	33,3	1	33,3
11 meses	1	33,3	1	33,3	0	0
Total	3	100	3	100	1	100

* Nunca mamou

Com base na tabela 25, observamos que, das crianças que nunca mamaram, 66,7% consumiam arroz/macarrão e bolacha/pão, sendo o consumo aos 10 e 11 meses.

Tabela 25- Distribuição das crianças de 3 a 11 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em NM* (n=3), segundo consumo de arroz/macarrão e bolacha/pão, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos			
	Arroz/macarrão		Bolacha/pão	
	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0
4 meses	0	0	0	0
5 meses	0	0	0	0
6 meses	0	0	0	0
7 meses	0	0	0	0
8 meses	0	0	0	0
9 meses	0	0	0	0
10 meses	1	33,3	1	33,3
11 meses	1	33,3	1	33,3
Total	2	100	2	100

* Nunca Mamou

Das crianças que **nunca mamaram**, 66,6% consumiam carne, aves e fígado. O consumo destes alimentos se deu aos 10 e 11 meses. Nenhuma delas consumia peixe (Tabela 26).

Tabela 26- Distribuição das crianças de 3 a 11 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em NM* (n=03), segundo consumo de caldo de carne, carne, peixe, aves, fígado, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos									
	Caldo de carne		Carne		Peixe		Aves		Fígado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 meses	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3
11 meses	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3
Total	2	100	2	100	0	0	2	100	2	100

* Nunca Mamou

Com relação ao consumo de ovo, 66,7% das crianças que nunca mamaram consumia somente a gema e 33,3% ovo inteiro. Quanto ao feijão, 66,6% consumia apenas o caldo e 33,3% o feijão. O consumo destes alimentos ocorreu a partir dos 10 meses. (Tabela 27).

Tabela 27- Distribuição das crianças de 3 a 11 meses atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia, turno da tarde, em NM* (n=3), segundo consumo de gema de ovo, ovo inteiro, caldo de feijão e feijão, no período de setembro/2005 a julho/2006, Ribeirão Preto - SP

Idade	Alimentos							
	gema de ovo		ovo inteiro		caldo de feijão		feijão	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
4 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
5 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
7 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
8 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
9 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
10 meses	1	50,0	1	100,0	1	50,0	1	100,0
11 meses	1	50,0	0	0	1	50,0	0	0
Total	2	100	1	100	2	100	1	100

* Nunca Mamou

A inexistência de estudos que analisassem separadamente o perfil de consumo da alimentação complementar por tipo de aleitamento, impossibilitou comparações com nossos achados.

Quando se analisa o perfil de alimentos ofertados as crianças desmamadas e que nunca mamaram, um aspecto preocupante, principalmente para as crianças menores de 6 meses, é os baixos percentuais de crianças que estavam recebendo os alimentos complementares a partir dos 4 meses de vida (entre as desmamadas) e percentuais nulos para as que nunca mamaram. Pelo Guia Alimentar, as crianças totalmente desmamadas no primeiro ano de vida a partir dos 4 meses devem iniciar a alimentação complementar (BRASIL, 2002).

5.2 Análise Qualitativa

Em análise das entrevistas realizadas com as nove mães, sujeitos deste estudo, utilizando-se da abordagem qualitativa, foram apreendidos os significados atribuídos por elas sobre o cuidado da alimentação do filho menor de um ano, os quais serviram de subsídios para a análise complementar do perfil alimentar das crianças, apresentado anteriormente. Segundo Minayo (1998), a abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, contidos no espaço mais profundo das relações.

A mãe se constitui no elemento fundamental em termos dos cuidados com a criança, além da influência do contexto familiar, sócio-cultural e econômico (CTENAS; VITOLO, 1999).

Neste sentido é que buscamos compreender o cuidado materno relacionado à alimentação do filho menor de um ano, ou seja, identificar os sentidos do cuidado materno da criança menor de um ano; os valores e idéias relacionados à alimentação como parte dos cuidados a criança. As falas estão sistematizadas em categorias temáticas e analisadas segundo o quadro teórico da construção social da mulher como agente do cuidado materno.

Nesse sentido, apreenderam-se três categorias temáticas: **1) O significado do cuidado; 2) O significado do alimento e 3) O significado da alimentação.**

5.2.1 O significado do cuidado

Sobre a primeira categoria temática, identificamos os seguintes núcleos de sentido: **a criança como centro de atenção; prover a criança de suas necessidades e alimentação como espaço de presença materna.**

5.2.1.1 A criança como centro de atenção: *“tudo que eu pudé fazê pra ela eu quero fazê...”*

O estado materno revela um tipo de apego sincero em que a mãe que se identifica com as necessidades básicas do bebê, colocando-se na posição de se dedicar a ele por saber da total dependência que o bebê tem em relação a ela, e de sua inconsciência sobre este fato (KAHTUNI, 2005).

Há preocupação dessas mães quanto ao estabelecimento do vínculo mãe-filho e quanto aos cuidados satisfatórios de sua parte, além da compreensão da necessidade por parte da criança de dois tipos de cuidados - biológico e afetivo - e de que apenas o sustento material não é suficiente para seu bem-estar e desenvolvimento. Nesse sentido, as mulheres deste estudo representam a criança como objeto de proteção e cuidados, que contempla necessidades físicas, afetivas e educacionais.

“Ah...igual, ela ta chorando..eu quero ficá abraçando ela...eu quero fica mais perto dela...tem veis que eu sento até no chão...fico brincando com ela...ah, eu acho que é isso...ficar mais perto dela. Não sei se é porque é primeira filha...aí tudo que eu pude fazê pra ela eu quero fazê, entendeu?”(entrevistada2)

“Ah eu cuido com maior carinho, né... eu faço as coisas com mais vontade. Quando eu vô no mercado aí eu fico olhando as coisas...vô levá pra ela ...não sei qui tem...”(entrevistada 5)

Tendo por base as explicações psicanalíticas, o conceito da preocupação materna, primariamente desenvolvido por Winnicott, refere-se a um estado psíquico materno especial, que se inicia algumas semanas antes do bebê nascer e é responsável por fazer com que a mãe se devote completamente aos cuidados de seu bebê (KAHTUNI, 2005).

A mãe que desenvolve a preocupação materna primária devota-se amorosamente ao recém-nascido, muitas vezes de forma litúrgica até, por exemplo, ao cumprir certos rituais e

cultos maternos durante as mamadas. Ela está envolvida com os cuidados de seu bebê de corpo e alma e toda sua atenção dirige-se a ele (KAHTUNI, 2005).

*“...quero dá o de melhor pra ele, então cuidá é em primeiro lugar.”
(entrevistada- 5)*

“eu cuido com maior carinho ...aí tudo que eu pude fazê pra ela eu quero faze, entendeu?”(entrevistada- 2)

“então eu fico assim em cima dele o tempo todo...se ele tá com fome, tá com sede...que eu acho que a criança desenvolve mais rápido.” (entrevistada- 5)

A atitude materna com relação aos filhos, numa perspectiva histórica-social não é inata, mas construída socialmente e pode variar de acordo com a organização das diferentes sociedades, culturas e períodos.

Reportando-nos à história, a construção social da mulher como mãe está atrelada a valorização social da criança. O reconhecimento da infância como uma fase diferenciada do ciclo de vida é relativamente recente na história da humanidade. De acordo com os historiadores da infância, localiza-se na época pós-medieval o registro de mudanças sociais, políticas e econômicas que serviram de base para a concepção moderna de infância, entendida como esfera da vida social específica e separada da esfera dos adultos. Essa abordagem surgiu a partir de transformações das práticas socioculturais e dos costumes, os quais marcaram as representações da infância e da criança e envolveram, nos séculos XVIII e XIX, o surgimento da ética capitalista e de novos interesses econômicos, do sistema educacional formal, da racionalidade científica, bem como a emergência de novos métodos de criação dos filhos e mudanças na estrutura e no quadro psicológico e emocional da família (RABUSKE,2005).

O imperativo econômico e social, segundo Badinter (1985), não teria tido nenhuma possibilidade de ser compreendido pelas mulheres se não fosse corroborado, ao mesmo tempo, por um discurso mais gratificante e exaltante. Não falava a linguagem do dever, das obrigações e do sacrifício, mas a da igualdade, do amor e da felicidade.

A preocupação com a saúde das crianças parece denotar bem mais do que a simples busca de seu bem estar. Na verdade é resposta ante a exigência da sociedade (BUSTAMANTE, 2007).

A idéia de que as crianças pequenas precisam de cuidados o tempo todo se entrelaça com o que, socialmente, é considerado próprio de uma boa mãe: aquela que está sempre perto dos filhos, que deixa de lado seus próprios interesses para se dedicar a eles (BUSTAMANTE, 2007).

“Ah...não sei tamem...acho que é bom, né, cê cuidá do próprio filho, né, tê uma boa alimentação, né, levá ao médico, essas coisa...acho importante a gente cuidá desde pequeno...acho melhor cuidá desde agora do que depois ficá sofreno, né...tanto criança aí doente e mãe não liga, né. Então acho que é bom cuidá desde pequeno até crescê.”(entrevistada- 6)

“eu prefiro cuidá, porque eu sei que ele vai tá bem.”(entrevistada- 5)

“... eu gosto deu cuidá, acho mais interessante do que deixá na mão da babá, que às vezes não faz direito, não dá nada certo.” (entrevistada- 8)

O cuidado tem determinação social e se dá fundamentalmente no âmbito familiar, elegendo a figura materna como responsável pelo cuidado à saúde geral do filho (TRONTO, 1997).

5.2.1.2 Prover a criança de suas necessidades: “Eu faço de tudo...é dá banho...é dá comida...fazê dormi.”

O cuidar significa satisfazer a necessidades físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais. Desenvolve-se, através do cuidado, a necessidade habitual da realização de tarefas imprescindíveis à manutenção da vida, como a alimentação, o vestuário e a habitação.

Esse conjunto de atividades diárias, desempenhadas pelos diferentes grupos, fez surgir os hábitos de vida, embutidos de rituais e crenças e difundiu-os através das gerações (STEFANELLO, 2005).

Sobre o cuidado às necessidades específicas das crianças, observa Ariès (1988), que no passado nas sociedades ocidentais, antes do final do século XVIII, a criança adoecia e morria com elevada frequência, pois era destituída de cuidados em função de sua condição de ser insignificante. Era vista como um ser sem personalidade, um brinquedo, constituindo-se, assim, em um jogo para os adultos. O abandono da criança era uma forma de controle da natalidade, como também o aborto e o infanticídio, que não eram considerados crimes.

Desde a Antigüidade, existem textos que aludem para forma como as crianças eram vistas e cuidadas. O código de Hamurábi dos babilônios, entre 2500 e 2000 a.C., tinha leis que protegiam os órfãos e abandonados. Entre os romanos, existia a venda, o abandono ou o infanticídio pelos mais diferentes motivos: sacrifícios religiosos, econômicos, equilíbrio entre sexos, malformações, ou por serem filhos ilegítimos ou de escravos. Os egípcios, os germanos e os judeus criavam todas as suas crianças (MARQUES, 1982).

Até o século XVII, a criança era responsabilidade da família. O Estado e a caridade só a assistiam em caso de abandono. O mercantilismo trouxe a preocupação com o aumento na produção e com o fortalecimento dos exércitos, fazendo com que o Estado interviesse para alcançar um aumento populacional. A população passou a ser um conjunto de indivíduos que deveriam ser contabilizados em seu número, nascimento e morte. Mudou a forma de ver a criança e o papel da família. Com o capitalismo, pela necessidade de mão-de-obra tanto para a produção, como para o consumo, intensificou-se o interesse pela conservação da criança. Estatísticas mostraram a relação da mortalidade geral e infantil com as condições de higiene coletiva. O Estado começou a se preocupar com as questões sanitárias e com a saúde da população (MARQUES, 1982).

Por reciprocidade de interesses da medicina e do Estado, estando a primeira à procura de sua independência, e o segundo buscando o controle da população, incorporou-se ao discurso médico um valor político. Pela medicina, por meio do exercício da disciplina, difundiu-se a puericultura (NAKANO, 2003).

A medicina teve importante papel na instituição da função materna no final do século XIX. Ao identificar a criança como elemento-chave para construção da sociedade centrada na família, os médicos atribuíram às mães a responsabilidade pela mortalidade infantil, e procuraram divulgar novos preceitos de higiene, hábitos e dietética infantil (MATOS, 2003). O sentido disciplinar do cuidado mostra-se presente nas falas das mulheres deste estudo, priorizando o cuidado no atendimento as necessidades das crianças.

“Eu acho assim, você tem que tá com a vacina em dia pra mantê a saúde dele, porque de repente, vem uma doença aí, cê não tá preparado. Acho que í ao médico nos trinta dias que eles pede pra marcá consulta... eu acho muito importante pro cê sabê o que tá acontecendo com seu filho, o que que ele precisa, entendeu...então eu acho que é isso aí. E procurá dá as coisa limpa também e procurá mantê a criança limpa porque criança, cê sabe, pega verme” (entrevistada 7).

“Dá trabalho, né... eu faço de tudo...é dá banho...é dá comida...fazê dormi...é bão ...sô eu que cuido, tudo direitinho” (entrevistada-4).

Segundo Del Priore (1993), os manuais de puericultura auxiliavam as mães a normatizar suas relações e suas práticas quanto ao cuidado dos filhos, constituindo-se, assim, em recursos pedagógicos, sendo bem sucedidos à medida que conseguiam executar vigilância absoluta sobre o filho, penetrando em todos os aspectos da vida da criança.

Na atualidade, a puericultura é valorizada principalmente pelos seus aspectos de prevenção e de promoção da saúde, no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância (DEL CIAMPO, 2006).

Para Bustamante (2007), o interesse no cuidado das crianças pequenas pode ser pensado a partir de dois eixos. Por um lado, o sistema de crenças sobre o que é certo para a criança, em que é importante a experiência prévia, assim como as mensagens transmitidas por parentes, profissionais de saúde, terapeutas alternativos e instâncias religiosas. Neste eixo, a ênfase está colocada nas necessidades da criança. Por outro lado, em forma menos explícita, o cuidado das crianças é perpassado pelas gratificações que os adultos obtêm. Estas gratificações estão ligadas ao que é socialmente valorizado.

“Cuidar é uma coisa muito boa. Assim ... eu me sinto assim...é... realizada...por exemplo, cuidando dele, eu gosto de tá sempre assim, cuidando muito bem dele, na parte assim de limpeza, entendeu... procuro assim, sabe, na parte da alimentação. Nessa parte eu me sinto assim uma mãe ótima, nos padrão, entendeu...levá sempre nas consulta certa, entendeu...não falhá, vacina, tudo em dia”(entrevistada-7).

“Ah... eu gosto... eu acho que é uma coisa muito importante pra mim e pra ele, entendeu? Tem que sempre ser bem limpinho, né... não pode ser porca...só isso” (entrevistada-1).

No processo de construção histórica e social do cuidado às necessidades da criança, incorporam-se valores de ser o momento de estreitamento dos laços familiares e de manifestação do amor materno, capaz de garantir o bom desenvolvimento físico e mental das crianças, que particularmente no aleitamento materno se mostrou bastante acentuado, denunciavam o “egoísmo” e a “ vaidade” das mulheres que não queriam amamentar os filhos (MATOS, 2003).

A questão da infância teve um impacto considerável nas políticas públicas dos países europeus e americanos no começo do século. Neste sentido é que, em termos da legislação social, aspectos de proteção direta ou indireta das crianças mostram-se presentes. Entre estes incluem-se as leis que regulamentam o trabalho de mulheres e de menores nas fábricas e em lugares insalubres, a concessão de abonos-maternidade, a obrigatoriedade de creches em estabelecimentos com certo número de mulheres trabalhadoras e a construção de lactários,

tanto pela iniciativa privada quanto pelos poderes públicos, que são algumas das medidas tomadas desde o final do século XIX em favor da infância e da maternidade (MARTINS, 2008).

Em 1959, pela Declaração Internacional dos Direitos da Criança ocorre a institucionalização das responsabilidades e o papel do adulto em relação à criança. Os cuidados dirigidos à infância deixaram de ser apenas manifestações afetivas espontâneas e arbitrárias, e se tornaram uma regra social. Tais comportamentos e atitudes socialmente construídos adquiriram um caráter de lei, como pode ser observado com a instauração do Estatuto da Criança e do Adolescente, no Brasil, em 1990 (ALMEIDA; CUNHA, 2003).

5.2.1.3 Alimentação como espaço de presença materna: “Ah tem que preparar com amor, que é pra uma pessoa que sai de dentro de você.”

O aprendizado dos hábitos alimentares da criança está centrado na figura materna, visto que, historicamente, na grande maioria das sociedades, o preparo dos alimentos é função feminina já estabelecida, e em muitos outros lugares cabe à mulher também as tarefas de produção dos alimentos, que vão desde a ordenha de animais até o plantio e a colheita de vários produtos (ROMANELLI, 2006).

Através da alimentação ocorre a interação entre a criança e a família, e em especial a com a mãe, o que é carregado de afetividade e emoção. Isto se mostra evidenciado nas falas das mulheres deste estudo.

*“Ah, prepará eu amo, entendeu...nossa eu adoro fazê as coisa pra ele e faço de coração, entendeu ...e dô com muito carinho...nossa eu amo”
(entrevistada -4.)*

“Eu prefiro que eu dê, tem vez assim...que eu faço leite pra ele e eu vo dá pra minha mãe dá pra ele que eu to, tipo, fazendo alguma coisa, ele não bebe, tem que ser comigo. Comigo ele come melhor... acho que ele se sente melhor... acho que ele se sente mais solto assim... acho que é isso” (entrevistada-1).

A respeito da afetividade envolvida no ato da alimentação, Rotenberg e De Vargas (2004, p.86) referem que *“é temperado por afeto, por ritos que marcam a vida humana, sabores de felicidade, de tristeza, de saudade, doces ou amargos sabores do passado”*.

Parker (1997) refere que as mulheres/mães almejam alcançar uma condição em que elas e os filhos se sintam simultaneamente “bem alimentados e satisfeitos”.

“...eu fico assim preocupada em manter a alimentação dele...porque eu sou muito preocupada assim... que nem ele não fala, entendeu... eu falo...será que ele tá se alimentando bem? será que eu tô dando a coisa certa pra ele? Entendeu? (Entrevistada- 7)

No contexto diário da alimentação, a mãe se depara com momentos variados de preocupação em que pesam sua satisfação no cumprimento do papel materno e de estar satisfazendo as necessidades do filho.

Nos momentos de alimentação, seja através da amamentação ou na oferta dos alimentos complementares as mães anseiam por períodos sem conflitos, períodos de afeto, amor e despreocupação, entretanto observa Parker (1997, p.46) que

(...)existe uma diferença significativa entre o ideal e a experiência, e a tensão entre mãe e filho pode, aos olhos das próprias mulheres, tornar um tanto suspeito o prazer que elas obtêm da condição materna, pois o ideal de maternidade sugere que o amor se traduz por unidade, ao passo que o anseio das mães é por momentos de amor em unidades.

Ainda sobre o cuidado com a alimentação e a participação materna, as mulheres deste estudo deixam emergir aspectos de ser uma atividade que requer atenção e disciplina.

“É deixar tudo sempre bem limpinho, ver a comida, levar ao médico”(entrevistada- 9)

“procuro assim, sabe, cuidá na parte da alimentação, entendeu...levá sempre nas consulta certa”(entrevistada- 7).

“É ... eu faço a comidinha tudo certinho, pra ele crescê” (entrevistada- 3).

“Ah... não deixar ficá mal tratado, passá fome, alimentá bem, durmí, mamá”(entrevistada- 8).

Com medidas prescritivas dos cuidados , particularmente, para a alimentação infantil, o surgimento da puericultura se constitui em um marco na intervenção nos cuidados maternos, substituindo o saber das mulheres pelo saber técnico-científico (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

A este respeito, Martins (2008) refere que a pedagogia materna que começou a ser formulada pelo pensamento médico puericultor, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, partia de uma concepção marcadamente autoritária e assimétrica das relações entre médicos-mestres e mães-discípulas . Os médicos desqualificaram qualquer prática ou experiência que não tivesse fundamento científico e profissional.

Observa Alves (1999) que, no século XX, com o desenvolvimento tecnológico e a mobilidade geográfica, o discurso científico médico-psicológico tornou-se o referencial para as práticas destinadas ao cuidado infantil e passou a orientar a relação pais-filhos.

Sobre estudos na literatura médica de aconselhamento produzido sob formato de manuais e livros de puericultura dirigidos às mães, escritos por médicos brasileiros entre as décadas de 1930 e 1940, Martins (2008) observa que estes estão baseados em dois princípios irrevogáveis: disciplina e terapia nutricional. No que se refere à alimentação infantil, o rigor com os horários, a qualidade dos alimentos e as medidas seguiam estritamente o princípio da disciplina empregado em outros aspectos dos cuidados infantis.

A mesma autora conclui que a pedagogia materna, que se consolidou no século XX, contribuiu muito para a ansiedade e a insegurança feminina em relação à maternidade ao produzir o mito da mãe perfeita, pois se aparentemente a mãe podia contar com o pediatra e

depois com outros especialistas para orientá-la, na realidade a pedagogia materna a isolou na díade mãe-filho.

5.2.2 O significado do alimento

Alimentos são todas as substâncias utilizadas pelos animais como fontes de matéria e energia para poderem realizar as suas funções vitais, incluindo o crescimento, movimento, reprodução, etc. Para o homem, a alimentação inclui ainda várias substâncias que não são necessárias para as funções biológicas, mas que fazem parte da cultura, como as bebidas com álcool, refrigerantes ou outros compostos químicos psicotrópicos, os temperos, vários corantes usados nos alimentos, etc (MINTZ, 2001).

Para a criança menor de um ano, recomenda-se que os alimentos a serem oferecidos e combinados sejam ricos em energia, proteínas e micronutrientes, isento de contaminação, com consistência e em quantidade apropriadas à idade da criança (BRASIL, 2002).

Na prática, o valor do alimento ganha outros contornos, na medida em que as mulheres/mães se deparam com situações que exigem tomadas de decisões, implicando em reavaliação e redefinição de atitudes. Tal processo não ocorre de forma simplista e prescritiva, mas inclui outras dimensões que envolvem aspectos da subjetividade das mães e de seu dado contexto social.

Acresça-se a isto, a importância em se considerar que as práticas alimentares sofrem influências das crenças religiosas e culturais que interferem na escolha dos alimentos e no valor nutritivo da alimentação. Todos estes elementos convivem na classificação, seleção e utilização de alimentos no cotidiano de diferentes culturas. O comportamento relativo à

comida revela repetidamente a cultura em que cada um está inserido (MINTZ, 2001; VIEIRA, 2002).

Nesta segunda categoria temática, o significado os alimentos, depreendemos dois núcleos de sentido: **O bom alimento é o que sustenta a criança; O bom alimento é o que tem vitaminas.**

5.2.2.1 O significado do alimento: “bom alimento é o que sustenta a criança...”

O alimento primordial do ser humano como mamífero é o leite materno e como tal ele é considerado pelas mulheres como alimento apropriado a ser ofertado à criança recém-nascida pela sua especificidade no atendimento as necessidades da criança.

As mulheres deste estudo reconhecem o leite materno como alimento apropriado para ser ofertado a criança no primeiro ano de vida.

“É o alimento que deve dá pro meu filho, o leite” (entrevistada-9).

“Ah é a comida que ele deve comê” (entrevistada- 3).

“é o que faz bem pra ela, né... o leite da mãe” (entrevistada-4).

“Acho que o leite tem tudo a vê com a criança, entendeu”(entrevistada-7).

Existe a percepção do caráter específico do leite materno, concebendo-o como alimento ideal para a criança.

A propriedade do leite materno em termos dos benefícios que proporciona à criança é cientificamente comprovada, sendo essencial para a criança em razão do fator de proteção, pelos nutrientes que contém e também, por ser de melhor digestibilidade, entre outras evidências, tanto no âmbito da afetividade como no social. As mulheres elaboram em suas

falas uma retradução do saber médico sobre as qualidades do leite materno como alimento reduzido ao significado de *comida que ele deve comer*.

A saciedade do filho é uma preocupação constante para as mães, de forma que o alimento bom é aquele que dá o sustento e é responsável pelo crescimento saudável.

“eu amamentei ... é o por isso que ele é uma criança assim... saudável” (entrevistada- 7).

“...(amamentação) ah...eu acho que é o melhor alimento pra criança, né...amamentá... ela qué mamá, o peito sustenta, né” (entrevista- 6)

“É...ah... eu acho uma coisa muito importante pra mãe e pro bebê...alimenta... que é o leite materno” (entrevistada- 1).

“...(Leite materno) é o que vem da gente e sustenta a criança” (entrevistada- 8).

Interessante considerar que embora as mulheres deste estudo apresentem em suas falas que o leite materno é o alimento ideal para seus filhos, tanto pela especificidade quanto por proporcionar o sustento/saciedade, este dizer está dissociado do perfil alimentar verificado, com base nos dados do inquérito sobre a prática da alimentação da criança, revelando taxas do aleitamento materno muito aquém do desejado.

Muitas crenças e práticas inerentes à cultura mostraram-se conflitivas em relação às recomendações para a alimentação da criança pequena. Há, no Brasil, a crença de que o leite materno seja insuficiente para suprir as necessidades da criança, o que tem levado à introdução de outros alimentos na dieta infantil de forma precoce (ALMEIDA, 2002).

A decisão da mulher em manter a amamentação não se baseia somente em processos fisiológicos da lactação. A este respeito, Almeida (2002) alude para o fato de existir outros aspectos além do biológico, como as representações simbólicas que ditam as relações maternas na sociedade.

Num jogo contínuo de avaliação, o peito reconhecido como capaz de sustentar a criança, principalmente em períodos críticos como no caso de adoecimento da mesma, perde

espaço para ser um *alimento complementar* quando outros alimentos passam a compor a alimentação da criança.

“Quando a criança tá doente não adianta você insistir ela comê se ela não consegue comê...pelo meno ela tâno mamando acho que é bom (entrevistada- 6).

“Só que eu achei que ela não quis sabê muito do peito. Aí depois que eu comecei a dar outro leite pra ela, comecei dá comida, ela prefere mais a comida que o leite...até hoje ela não prefere muito o leite”(entrevistada- 2).

“... amamentação seria, no caso, o leite dele, que é o complemento do alimento, porque ele não se mantém só com o leite” (entrevistada- 5).

Identifica-se que as mulheres estabelecem um caráter temporal quanto a oferta do leite materno, sustentado não no que é recomendado, mas em avaliações contínuas de sua capacidade como nutriz que, conforme referem Nakano (1996) e Silva (2008), é na vivência concreta da amamentação que as mulheres confrontam as expectativas que construiu e o cotidiano da sua prática. Neste processo de avaliação, observa Silva (2008) que a mulher aprende a conhecer e identificar as necessidades do recém-nascido, o que implica em observar a linguagem corporal da criança, de suas manifestações de comportamento, por meio de expressões para-verbais, gestuais, principalmente o choro, período de sono e vigília, a frequência com que aceita e solicita o peito, o tempo gasto nas mamadas, além da avaliação de indicadores concretos de condições de saúde e desenvolvimento da criança, tal como o ganho de peso.

As mulheres atribuem sentido ao alimento, que segundo Victora (2000), os classificam como adequado a partir do momento que está em consonância com as características e com a constituição das crianças pequenas.

Identifica-se ainda que, para estas mulheres, existem alimentos que promovem maior e menor sustento a criança. Podemos perceber a importância da carne, do arroz e feijão em detrimento dos legumes e das verduras, fato não só observado em suas falas abaixo, como

também no perfil alimentar em que, entre os alimentos ofertados às crianças maiores de 6 meses, identificamos o consumo reduzidos de verduras.

“Vamo supor...se eu escolho, vamo supor... carne...é porque eu acho que a carne tem mais...mais...como fala...eu acho que carne é melhor pra ela. Porque eu acho que a carne vai sustenta mais ela, do que, vamo supor...alface, almerão...essas coisas”(Alessandra - entrevista 2).

“ Eu acho o arroz e feijão é a base de tudo, que tem vitaminas e proteínas pro dia a dia...” (Fabiana - entrevista 5)

De acordo com Romanelli (2006) o valor atribuído ao arroz e feijão, no Brasil, se deve ao fato de serem considerados alimentos que dão sustância, força, satisfação e “barriga cheia”.

Tal como encontrado por Stefanello (2008), em seu estudo com mães sobre a práticas alimentares de crianças menores de 1 ano no mesmo cenário deste estudo , a lógica que sustenta a escolha do alimento para ser ofertado à criança, está calcada na idéia do alimento como fonte de saciedade, evitando a fome.

5.2.2.2 O significado do alimento: Bom alimento é o que tem vitaminas

As vitaminas são essenciais para a vida. Atualmente, os hábitos inadequados, o alto consumo energético e as falhas no metabolismo levam as deficiências, que afetam mais de dois bilhões de pessoas no mundo (LIBERATO; PINHEIRO-SANT`ANA, 2006). Neste sentido, os mesmos autores referem que a fortificação de alimentos é uma das estratégias para resolução da deficiência nutricional, entretanto pode causar danos a saúde. No Brasil é comum identificar produtos lácteos enriquecidos, o que tem ampla inserção nas práticas alimentares das crianças. Tal como no passado foi incorporado e amplamente aceito o uso das

farinhas ou engrossastes para fortalecer a alimentação das crianças, hoje, ao que se percebe são os alimentos vitaminados.

As mulheres deste estudo referem que o bom alimento é o que tem vitaminas, atribuindo a este qualidade de ser forte e dar sustância. Portanto, numa retradução do saber científico e da mídia, as mulheres consideram o bom alimento como sinônimo de ter vitaminas.

“o leite materno é a vitamina... eu acho uma coisa muito importante pra mãe e pro bebê (...)”(entrevistada 1).

“Carne, frutas...eu acho bão dá essas coisas por causa das vitamina” (entrevistada 2).

“... ele come muito bem...então eu procuro assim...no almoço ele almoça super bem...e se no almoço eu faço uma carne pra ele na janta eu mudo...pra não tá faltando vitaminas” (entrevistada 5).

“Eu gosto de dá o Mucilon... às vez ele come um danoninho, o mingau...tudo isso é bom, né” (entrevistada 6).

Importante considerar entre os itens dos alimentos tidos como bons, a menção do Danoninho, o que passa a ser incorporado pelas mães com status de ser um alimento bom, visto estar garantido pelo fabricante que contém vitaminas essenciais ao crescimento da criança.

A classificação de alimentos vitaminados e não vitaminados na atualidade, segue a mesma lógica de antinomias do passado, em que os alimentos eram e ainda são classificados como forte/pesado e fraco/leve.

“Ah...eu acho bom ter muitas vitaminas. Legumes, frutas... tem vitaminas...sopa, fubá que tem vitaminas pro dia a dia e são mais leve... feijão, não é muito bom dá... ele fala que é melhor dá legumes, sopinha”(entrevistada 1)

“(...) sabe...tipo peixe eu nunca dei...acho que não deve dá, é forte” .”(entrevistada 3).

“(...) porque eu procuro dá tudo assim , como eu ti falei, não gosto de dá muito assim... muita coisa forte... coisa assim que...faz mal pra ele refrigerante, salgado de saquinho” (entrevistada 7).

“Refrigerante... não é bom para criança. Chocolate também, mais eu não dô assim todo dia, né..eu mais dô uma vez por mês quando faiz compra, aí eu compro, né...é isso refrigerante, chocolate, doce” (entrevistada 7).

Ainda, reconhecem o alimento que podem ser ou não ofertados a depender do estado de saúde e fase do ciclo vital.

“quando a criança tá doente não adianta você insistí ela comê se ela não consegue comê...pelo meno ela tâno mamando ,acho que é bom” (entrevistada 6).

“assim...tem coisa que eu evito de dá, uma que não tem substancia que vai fornecer nada de bom pra ele agora e não tem necessidade. Então eu prefiro por enquanto deixar ele longe disso, ele é muito pequeno ainda” (entrevistada 5).

Neste sentido os alimentos fortes são os que dão sustança, que são nutritivos e capazes de dar energia e saciedade, já os fracos são os recomendados às crianças, idosos, pessoas com problemas gastrointestinais e mulheres no pós-parto (BRANDÃO, 1981).

Sobre outros alimentos tidos como não bons para serem ofertados a criança, tem-se o uso de refrigerantes, sucos, chocolates e doces de forma em geral, referidos que são ofertados de forma limitada por reconhecerem não fazer bem, apesar de não ter clareza de seus malefícios.

“Não é bom dá doce , refrigerante...porque é porcaria...faz mal, estraga os dente” (entrevistada 9).

“Acho que refrigerante não é bom nem pra adulto...muito gases. O chocolate acho que no calor acho que é muito quente, aí começa a dá alergia, saí pipoquinha” (entrevistada 8).

“ (...) eu não dô pra ele refrigerante, salgado de saquinho, aqueles de “isopor” que eles fala, acho que não é uma coisa assim certa pra criança” (entrevistada 7).

“Ah... doce,, é muito raro eu dá, porque causa anemia, né...i...ah...aquele suco de saquinho também não dô. Eu só dou suco natural, só” (entrevistada 1).

Comparando com o apresentado no perfil alimentar, identifica-se que a introdução de alimentos industrializados não se apresenta tão restritivo como apontado pelas falas das mulheres. São muitas as campanhas publicitárias que acabam por introduzir necessidades de consumo. A este respeito, Stefanello (2008) refere-se aos apelos das propagandas de alimentos industrializados veiculando idéias de *status* e praticidade. Estes são incorporados a alimentação da criança em momentos de descontração tais como em brincadeiras, diversão e passatempo.

A mesma autora alude para o fato de alguns aspectos da cultura do consumo transformar alimentos em mercadorias embutidas de valor simbólico, esboçando as escolhas alimentares.

5.2.3 O significado da alimentação.

Defini-se **Alimentação** como um o processo pelo qual os organismos obtêm e assimilam alimentos ou nutrientes para as suas funções vitais, incluindo o crescimento, movimento, reprodução, etc. Na linguagem vernácula, **alimentação** é o conjunto de hábitos e substâncias que o Homem usa, não só em relação às suas funções vitais, mas também como um elemento da sua cultura e para manter ou melhorar a sua saúde (MINTZ, 2001).

Comemos todos os dias, durante toda nossa vida. Crescemos em lugares específicos, cercados também de pessoas com hábitos e crenças particulares. Portanto, o que aprendemos sobre comida está inserido em um corpo substantivo de materiais culturais, historicamente derivados. A comida e o comer assumem, assim, uma posição central no aprendizado social por sua natureza vital e essencial, embora rotineira. O comportamento relativo à comida revela repetidamente a cultura em que cada um está inserido. Nossos filhos são treinados de acordo com isso (MINTZ, 2001).

Na terceira categoria temática, o significado da alimentação, identificamos quatro núcleos de sentido: **faz a criança ficar saudável e se desenvolver; a criança precisa comer muito e de tudo; é uma parte do processo da vida que ela aprende a comer; adaptando a criança à comida da família e a família à comida da criança**

5.2.3.1 O significado da alimentação:. “...é o que faz a criança ficar saudável, faz desenvolver mais rápido”

A alimentação é um dos fatores mais importantes para a sua saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida (PALMA; BARBOSA, 2008). Atendendo às necessidades nutricionais da criança, a alimentação ideal, seja por alimentos como o leite materno ou quaisquer alimentos nutritivos, sólidos ou líquidos, oferecidos à criança amamentada ou não, é oportuna, dependendo da velocidade de crescimento, do estágio de desenvolvimento e do nível de atividade do recém-nascido (BRASIL, 2002).

Tendo a criança como centro das atenções, as mães projetam sobre seus filhos os valores socialmente esperados de ser saudável, forte, inteligente, guardando relação com a boa alimentação.

“Acho que é alimentá a criança, pra ficá mais saudável, comê coisas diferente, mais...mais forte,né, inteligente” (Entrevistada 6).

“Alimento ...no caso dele, é o que ele precisa de energia pra crescê e pra aprendê. Eu penso assim, se ele tivé bem alimentado, ele vai tê mais disposição pra aprendê” (Entrevistada 5).

“É...alimentar, é importante, para ficar forte , inteligente. É a comida que dá a energia pra crescê” (entrevistada 9).

Importante considerar que o processo de crescimento e desenvolvimento da criança é complexo, que depende da interação de múltiplos fatores genéticos e ambientais, tanto maternos (estado nutricional pré e pós-natal) como da criança (peso de nascimento, dieta e infecções). Além de fatores que dependem de condições socioeconômicas, culturais e biológicas (MURAHOVSHI, 2008).

Apesar da amplitude de fatores apresentados por Murahovshi (2008), para as mulheres deste estudo o que se mostra tangível de ser percebido, são os aspectos que fazem parte de suas vivências concretas e de seu mundo social e cultural, onde reconhecem a vulnerabilidade da criança no primeiro ano de vida, requerendo cuidados com a saúde, em especial com a alimentação. E, de acordo com valores, padrões morais e expectativas pessoais, estabelecem se a alimentação está adequada e oportuna para que a criança obtenha dela uma boa condição de saúde e crescimento.

5.2.3.2 O significado da alimentação: “ o bebê precisa de se alimentar muito (...) e de tudo...”

A capacidade do estômago da criança pequena é reduzida, neste sentido é importante considerar que a alimentação deve ser ajustada de acordo com a sua densidade energética. Neste sentido, na alimentação infantil recomenda-se que no início, deve-se oferecer pequenas quantidades dos alimentos complementares, que devem ser aumentadas gradativamente. A quantidade e frequência dos alimentos a serem oferecidos às crianças pequenas variam de acordo com a densidade energética dos alimentos que constituem a dieta, a quantidade de leite materno ingerido e o tamanho da criança (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Autores ainda realçam que, ao considerar a densidade energética dos alimentos ofertados a criança pequena, os aspectos culturais têm importante impacto, pois é bastante freqüente o uso de dietas líquidas que não satisfazem as necessidades nutricionais e ultrapassam a capacidade gástrica da criança (BROWN, et al., 1995).

Na contramão do que é preconizado, as mães parecem valorizar a boa alimentação mais pelo volume que a criança é capaz de ingerir do que pela densidade energética que a alimentação lhe proporciona. Acredita-se que comer muito é comer bem.

*“Que o bebê precisa de se alimentá muito, né, pra fica forte ... e ...só”
(entrevistada- 1).*

“Ah... eu dô bastante feijão, bastante caldinho, feijão em grão com arroz, eu dô bastante carne” (entrevistada- 2.)

Tais achados corroboram com os apresentados por outros autores. Ramos e Stein (2000), em um estudo de revisão da literatura sobre fatores que colaboram no desenvolvimento do comportamento infantil, constataram que a preocupação dos pais centra-se na quantidade da alimentação, e não em desenvolver hábitos e atitudes direcionadas a padrões de alimentação mais adequados do ponto de vista qualitativo.

Fatores culturais tais como comida forte ou com “sustança” é aquela que tem volume, consegue manter a saciedade e a energia do corpo (VIEIRA, 2002).

Para Zaluar (1985) as escolhas alimentares não são instintivas, mas culturais. Passam por mediações ideológicas ou psicológicas, não conformando uma racionalidade nutricional natural. Quanto à comida que sustenta, são valorizadas grandes quantidades para conferir a sensação de “barriga cheia”. Para obter saciedade, é valorizada a ingestão de grandes quantidades de alimentos.

O volume ingerido é um indicador concreto de avaliação de estar bem ou mal alimentado. Já na lactação, com freqüência nos deparamos com a preocupação das nutrizes em precisar se sua produção láctea é o suficiente para sustentar a criança. Valorizam a

ingestas de grandes quantidades de alimento como boa alimentação. Para tanto, depreendemos que as mães têm por prática: dar bastante, sempre oferecendo para não passar fome. Para elas tem que ter alguma coisa para ele comer almoço, janta, no meio do dia, tem que ficar em cima o tempo todo para ver se o filho está com fome ou sede.

“tem que tá sempre oferecendo a alimentação pra ele porque eu fico preocupada, entendeu...não sei se tá passando fome não sei se não tá...” (entrevistada- 7).

“Eu penso assim, se ele tivé bem alimentado, ele vai tê mais disposição pra aprendê...porque criança com fome é complicado...então eu fico assim em cima dele o tempo todo...se ele tá com fome, tá com sede...que eu acho que a criança desenvolve mais rápido” (entrevistada- 5).

As mulheres deste estudo consideram ainda que para uma criança ter uma boa alimentação é importante variar o alimento para não faltar nutrientes, atender as necessidades de vitaminas que ele precisa; dar coisas diferentes suprir o que precisa; comer coisas diferentes; dar de tudo.

“Acho que é alimentá a criança, pra ficá mais saudável, comê coisas diferente, mais...mais forte,né, inteligente” (Entrevistada- 6)

“ Alimentação é a coisa, assim, mais importante que eu tenho que prestá atenção nele hoje...que ele agora não vive só de leite... então ele come muito bem...então eu procuro assim...no almoço ele almoça super bem...e se no almoço eu faço uma coisa pra ele, na janta eu mudo...pra não tá faltando nutrientes...”(Entrevistada- 5)

“ (alimentos) eu procuro dá de tudo... gosto de comprar as coisa sempre fresquinha...” (Entrevistada- 7)

Uma alimentação balanceada é aquela que inclui alimentos que fornecem diferentes tipos de nutrientes. Numa retradução do saber científico que classifica os alimentos por grupos com base nos componentes nutricionais, as mulheres reduzem a compreensão de que a diversidade de nutrientes pode ser contemplada quando se oferece de tudo.

A alimentação variada, por proporcionar uma maior diversidade de nutrientes, é fundamental ao desenvolvimento do paladar da criança, que é parte da aprendizagem alimentar (RAMOS; STEIN, 2002).

Estes mesmos autores observam que no processo de aprendizagem alimentar, o leite materno já exerce importante função na percepção dos sabores por suas qualidades sensoriais, que permite à criança entrar em contato com odores e sabores variados, o que favorece a maior aceitação dos novos alimentos.

Vale considerar que desde o final do século passado e início deste século, a alimentação vem sendo colocada como uma estratégia para a saúde. Neste sentido, ocorreram mudanças da concepção da relação entre alimentação e saúde no mundo ocidental. As recomendações internacionais de promoção da alimentação saudável evocavam a importância da variedade de alimentos como fonte de nutrientes, o equilíbrio na escolha da ração alimentar, baseada nas necessidades individuais e a moderação pelo controle do consumo de alimentos energéticos, principalmente as gorduras (FAO, 1996; OMS, 1990). São regras presentes na atualidade, guardando as diferentes abordagens sócio-culturais e biológicas sobre os significados da alimentação.

5.2.3.3 O significado da alimentação: “é uma parte do processo da vida que ela aprende a comer”

Nos primeiros anos de vida da criança, a alimentação é uma das principais formas de contato da criança com o mundo externo, contribuindo para o seu adequado desenvolvimento neuromotor e emocional (PALMA; BARBOSA, 2008). Segundo Ramos e Stein (2002), é

também através da alimentação que se dá o principal foco de interação entre pais e filhos e, em geral, a alimentação inicia-se com a amamentação.

A mãe, como detentora do alimento original, o leite materno, assume papel preponderante no processo de aprendizagem da criança para aquisição do comportamento alimentar. Referem Ramos e Stein (2002) que durante a amamentação, o reflexo da expressão orofacial é interpretado pelas mães como resposta ao prazer ou desgosto aos sabores, o que permite uma forma de comunicação durante o período de lactação. Neste sentido, este período é reconhecido como uma oportunidade de aprendizagem recíproca na interação mãe - filho, não somente sobre o sistema alimentar, mas também sobre outros comportamentos da criança (RAMOS ; STEIN, 2002).

Segundo esses mesmos autores, desde o nascimento da criança, seja ela alimentada por leite materno ou outro alimento, o processo de aprendizagem opera-se para os dois, mãe e filho. Para a mãe, aprender a conhecer e identificar as necessidades do filho e, para a criança, aprender sobre fome, saciedade e percepção dos sabores .

A criança começa a aprender sobre o que comer, quando comer, por que certas substâncias são comestíveis e outras não, e quais alimentos e sabores são apropriados para combinar, de acordo com a cultura do grupo social ao qual ela pertence (RAMOS; STEIN, 2002).

Tais aspectos são considerados pelas mulheres deste estudo ao significar a alimentação como parte do processo vital da criança em que ela aprende a comer.

*“ (...)é uma parte do processo da vida dela, que ela aprende a comê”
(entrevistada 4).*

“Tudo que a gente come a gente dá pra ela... tem que dá pra ela pra ela i acostumando. Então ela já come jiló com farinha, abobrinha com arroz...tudo que a gente vai comê a gente dá pra ela...pelo menos pra ela experimentá...ela tem que í experimentano de tudo...é isso” (entrevistada 2).

“a gente tá sempre fazendo alguma coisa diferente. Uma pra eles não enjoarem, que criança é complicado, e outras pra tá suprimindo o que eles precisam. Porque eu penso assim...se eu dê carne de frango a semana inteira e as outras vitaminas que eles precisam. Se eu dê carne de vaca a semana inteira, como vai ficar os outros nutrientes. Então eu procuro balancear, sabe, faço um no almoço e outro na janta pra não ter essa sensação de que tá faltando alguma coisa pra ele. E ele vai experimentando” (entrevistada 5).

“É bom comer de tudo, tem que aprender a comer de tudo” (entrevistada 6).

Para uma correta socialização alimentar, observa Birch (1998) que a adequada introdução dos alimentos no primeiro ano de vida, inclui disponibilizar variados alimentos saudáveis em ambiente alimentar agradável, o que permite à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares, determinando ainda o seu padrão de consumo.

Observam ainda Ramos e Stein (2002) que os alimentos ou tipo de alimentação que os indivíduos consomem rotineiramente e repetidamente no seu cotidiano caracterizam o seu hábito ou comportamento alimentar. No entanto, não é simplesmente a repetição do consumo do alimento que desenvolve o comportamento alimentar. Existem fatores interrelacionados, de origem interna e externa ao organismo, que influenciam a aquisição desse comportamento. Dentre estes fatores os autores destacam os psicossociais, responsáveis pela transmissão da cultura alimentar no contexto da família.

5.2.3.4 O significado da alimentação: da comida separada para a comida da família

Na aquisição do comportamento alimentar, Birch e Fisher (1995) observam a existência de estudos que comprovam a importância do contexto social na alimentação, uma

vez que este afeta a experiência alimentar, influencia os padrões de alimentação, o desenvolvimento sócio-emocional da criança e a qualidade da relação pais-filhos.

Sobre este contexto, focalizamos a família em termos da alimentação praticada e das adequações que são utilizadas no processo de transição da comida separada para a criança à comida da família.

“(...) antes fazia separado... até uns 9-10 mês fazia só pra ela, mas agora ela já come de tudo, então é a mesma que a gente come.(entrevistada 9)

“(comida) Agora é a mesma...às veiz tem veiz eu faço assim uma verdurinha separada” (entrevistada 3)

“(...) a comida tem que sê separada até mais de um ano e um poquinho... um ano e um mês.”(entrevistada 4)

Embora se depreenda das falas destas mulheres que exista a compreensão dos limites de tempo para oferecer uma alimentação específica à criança, compatível com sua fase de crescimento e desenvolvimento, estes se mostram distorcidos do recomendado. Importante considerar que ainda estão presentes livros textos baseados nas recomendações anteriores da OMS que recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo por 4 a 6 meses de vida. Esse fato pode ter levado até os próprios profissionais de saúde a orientar as mães a introduzirem a alimentação complementar a partir dos 4 meses, mesmos naqueles casos não caracterizados como necessário por queixas de hipogalactia ou pelo fato da criança não apresentar um bom crescimento.

“A mesma comida que a gente come ela come. Se você dé coisa separado aí a criança não vai comê o que você come...porque eu já vi muitos casos assim...tem criança que nem... não come feijão e feijão tem ferro...tem criança que não come carne, prefere a farinha do que a carne. Então eu preferí dá tudo que a gente come pra vê se ela come, desde 4 mês. Então eu acho que é bom fazê tudo igual.” (entrevistada 6)

No perfil alimentar apresentado anteriormente é possível verificar que para os menores de 6 meses ocorre a oferta precoce de alguns alimentos.

A partir dos 6 meses de idade que as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano ainda, a partir dessa idade a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno (WHO , 1998).

Neste período, os alimentos ditos de transição devem ser preparados especialmente para as crianças. A partir dos 8 meses, a criança pode receber os mesmos alimentos consumidos pela família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos (Giugliani; Victora, 2000).

Os mesmos autores referem que a observância destes aspectos referente à introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de forma gradual são características importantes na formação de um hábito alimentar adequado.

Reconhecem as mulheres que também a família passa por um processo adaptativo, visto que quando a criança passa a consumir a mesma comida da família, há necessidade que a mesma seja adequada para o consumo da criança.

“Agora pra nós de casa é tudo igual, desde os 9 meses. Só que eu procuro não pô assim muita coisa forte. Antes fazia a dele separado. Aí eu falei vô começá a fazê tudo junto, só que eu diminuí os temperos.” (entrevistada 7)

“Antes eu usava muita pimenta, pimenta do reino, pimenta vermelha... então essas parte de tempero, condimento eu já tiro... deixo bem fraquinha pra não tê problema com ele. Hoje eu faço com menos tempero pra todo mundo.” (entrevistada 5)

“Às vezes faz separado e às vezes almoça um e ele almoça junto”.(entrevistada 8)

A respeito da refeição não mais separada, mas em família, Ramos e Stein (2002) referem que este é um contexto social no qual a criança tem oportunidade de comer com os irmãos, amigos e adultos que lhe servem de modelo e que dão atenção a sua alimentação, ora elogiando-a e encorajando-a a comer, ora chamando a atenção do seu comportamento à mesa.

A criança não come apenas pela sugestão da fome, mas também, pela sugestão do ambiente e do contexto social.

É no ambiente doméstico, nas relações interfamiliares que a criança pode ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares, e afetar o equilíbrio energético da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família poderá estabelecer o aprendizado de um hábito socialmente aceito ou inserir novos hábitos, contribuindo para a formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não (GOLAN, 2002).

Martin e Castillo (2000) referem que o ambiente social e familiar tende a valorizar o ganho ponderal da criança como um indicativo de saúde, fato que contribui para um comportamento inseguro e ansioso da mãe, quanto ao ganho de peso da criança, interferindo no manejo alimentar da mesma. A aquisição de hábitos alimentares inadequados pela criança é responsável por diversos problemas de saúde, como obesidade, desnutrição e anemia, como apontam alguns estudos.

CONSIDERAÇÕES

6 CONSIDERAÇÕES

Os resultados do estudo permitiram conhecer o padrão alimentar ofertado por 122 mães de crianças com idade de 3 a 12 meses incompletos atendidas no serviço de puericultura da UBDS Vila Virgínia do Município de Ribeirão Preto-SP, no período considerado de coleta de dados para este estudo.

Verificamos que 78 (64%) estavam recebendo leite materno no dia da entrevista, sendo que 7 (5,7%) recebiam AME, 13 (10,6%) estavam em AMP e 58 (47,5%) em AM. As demais 44 crianças (36%) estavam desmamadas ou nunca mamaram. A duração do AME para o grupo de crianças em AMP+AM, obteve a média de 97,32 dias (dp= 45,41 dias) e mediana de 90 dias. Entre as crianças desmamadas (D), a média foi de 57,30 dias (dp=51,86 dias) e mediana de 60 dias.

Apesar do incentivo e valorização ao aleitamento materno, como uma das mais importantes ações de promoção e prevenção da saúde da criança, os achados desta pesquisa evidenciam que as mulheres iniciam o aleitamento materno, porém a amamentação exclusiva é precocemente interrompida, não sendo incomum que a criança receba água/chá logo nos primeiros dias de vida. Estamos distantes do cumprimento da recomendação da OMS, de amamentar exclusivamente até o sexto mês e manter o AM até os 2 anos ou mais, o que reforça a necessidade de um trabalho consistente de incentivo e apoio à amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança.

Das 70 crianças menores de 6 meses, 58 (82,8 %) faziam uso de água / chá. O consumo de leite integral e em pó para esta mesma faixa etária foi de 19 (27,2%) e 24 (34,3%) respectivamente. A fórmula parece se constituir na primeira opção de consumo, sendo que, a medida que a criança cresce, a preferência é pelo leite fluido. Neste sentido, os

prejuízos da amamentação artificial e a introdução inadequada de alimentos devem ser discutidos com as mães fazendo-as conhecer os princípios que norteiam a alimentação infantil.

Outro fato a se considerar diz respeito às orientações técnicas sobre amamentação por parte dos profissionais de saúde que, embora reconheçam sua importância, não estão sendo suficientes para garantir uma prática mais duradoura do aleitamento materno. Na prática suas ações ainda se restringem a biologia dos processos. O profissional de saúde ao abrir espaço para compreender as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para o exercício da maternidade e particularmente em suas vivências de amamentação, pode efetivamente atuar como continente para prestar apoio necessário para o alcance da amamentação satisfatória para a criança e a si mesma como nutriz.

Refere Silva (2008) que a visão biologicista reduz a mulher ao potencial da lactação e obscurece o complexo social e cultural da experiência da mulher.

O enfoque da amamentação ou do cuidar a alimentação do filho, na visão das mulheres, possibilita apreender a complexidade dos fatores que envolvem tal experiência. Analisando as falas das mulheres de nosso estudo, para além do que o questionário sobre inquérito alimentar sobre como tem alimentado seu filho pequeno identificamos que estas mulheres colocam a **criança como centro de sua atenção**, tendo por finalidade **provê-la de suas necessidades**, entre elas de uma **boa alimentação**. É neste espaço que a mulher se revela para si e para o seu meio como mãe, enaltecendo o vínculo mãe-filho, tal como evidenciado em suas falas: **“Ah tem que preparar com amor, que é pra uma pessoa que sai de dentro de você.”**

Ao amamentar a mãe não só oferece o alimento, mas da continuidade a um processo de interação mãe-filho, já iniciado durante a gestação, e que segundo Silva (2008) na amamentação, se expande nas demais interações da vida materna, determinado pela percepção

que a mulher tem de si, do ato de amamentar e das implicações que esse tem em sua vida, nas relações da esferas familiar e social, nas dimensões de suas emoções e de seu corpo.

Historicamente, as mulheres têm ocupado um lugar de destaque no ciclo reprodutivo, e o prestígio a elas para os cuidados com a criança e a família é fruto de um processo de construção social, regida pelas diferenças de gênero de dominação e exclusão (MATOS, 2003). Como agente do cuidado infantil, tem especial atuação nas práticas alimentares.

Sobre as práticas alimentares infantis, Takushi et al (2006) referem que na sua elaboração atuam fatores socioeconômicos, culturais, geográficos, demográficos, psicológicos e resultantes da interação mãe e filho, que refletem no interesse materno e na qualidade da alimentação infantil.

Ao traçarmos o perfil da alimentação ofertada pelas mães, sujeitos de nosso estudo, à seus filhos de 3 meses a menores de 12 meses de idade identificamos os alimentos ofertados nas diferentes idades da criança que nos revela inadequações importantes. Para os menores de 6 meses, verifica-se a oferta precoce de alguns alimentos. Além da água/chá e leite artificial, aditivos aos líquidos são ofertados (30% recebiam adição de açúcar, 10 % de engrossante e 1,4 % de achocolatado). Das 70 crianças menores de 6 meses, a maioria (61,4%) continha frutas em sua dieta, o segundo alimento mais consumido, após a água/chá. Ainda 32,8 % consumiam legumes, 7,2 % verduras e um pequeno percentual caldo de carne e carne. Vale destacar que não são recomendados para esta faixa de idade, além de não atenderem às necessidades nutricionais das crianças.

Outros fatores a serem considerados é que a introdução precoce dos alimentos complementares além de diminuir a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco (Monte e Giugliani, 2004). Dietas substitutas à base de leite de vaca têm sido associadas à ocorrência de ferro-deficiência e anemia no primeiro ano de vida (Martins, 2002). Mais recentemente, tem-se

associado a introdução precoce de alimentação complementar com desenvolvimento de doenças atópicas (asma, diabetes méltus tipo I), particularmente pelo consumo do leite de vaca (Monte e Giugliani, 2004). A introdução de alimentos precocemente é prejudicial à saúde da criança que afetam, principalmente, seu sistema gastrointestinal (DURO et al. 2002).

Quando analisamos as crianças maiores de 6 meses, idade em que se recomenda a introdução da alimentação complementar, identificamos o consumo reduzido de verduras (55,8%), alimentos que são fontes de ferro, como carnes (65,4%) e feijão (32,7%) e a oferta precoce do ovo, já aos 6 meses.

A introdução dos alimentos complementares tardiamente é também desfavorável por interferir no crescimento da criança, além do risco de desnutrição e deficiência de micronutrientes (WHO/UNICEF, 1998; PAHO/WHO, 2003). A oferta do ovo inteiro cozido é recomendada a partir do 10º mês de vida. Observam Ctenas e Vítolo (1999) que a introdução seja tardia da clara para evitar riscos de alergias.

Para a WHO (2000) apud Monte e Giugliani, (2004) uma alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação (isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável para a maioria das famílias.

Diante do que se recomenda como alimentação complementar adequada e do que é praticado pelas mães, sujeitos deste estudo, buscamos depreender das falas destas mulheres aspectos da alimentação infantil que vão além dos números. É possível compreender que as decisões sobre o que e como ofertar a alimentação para a criança se processa com base no conhecimento adquiridos, valores e crenças, sentimentos e experiências anteriores,

considerando vantagens e desvantagens em relação à criança, condições contextuais e pessoais.

Para as mulheres deste estudo, o bom alimento é aquele **que sustenta a criança**. A mãe é responsável pela transmissão da cultura alimentar, a qual parece estar engendrada na lógica de que o bom alimento é aquele avaliado como capaz de saciar a fome da criança, constituindo-se portanto na comida (alimentação) **que faz a criança ficar saudável e desenvolver mais rápido**. Tal como ocorre na experiência de amamentar para Silva (1997) em que a mulher baliza-se numa avaliação contínua dos resultados da alimentação ofertada para a criança. Dentre os benefícios esperados de uma boa alimentação é fazer com que a criança seja saudável, forte e inteligente.

Identificam que o alimento de qualidade é os que contem **vitaminas**. Consideramos que as mulheres deste estudo trazem uma resignificação de valores que contemporaneamente circulam em nosso meio como algo de valor, os alimentos fortalecidos com vitaminas. A adição destes nutrientes aos alimentos, principalmente os industrializados tem se constituído de uma prática comum na atualidade, agregando valor e custo ao alimento. As indústrias têm se utilizado da fortificação do alimento com vitaminas como instrumento de marketing levando o consumidor a escolher o produto pelo aditivo que ele contém e não pela qualidade nutricional, advertem (LIBERATO e PINHEIRO -SANT'ANA 2006). Dentre os alimentos que consideram bons por conter vitaminas inclui a carne, o leite materno; legumes e frutas.

Para as mães, a criança tem uma boa alimentação quando **come muito e de tudo**. Prover a criança de suas necessidades é o que baliza suas ações na oferta da alimentação que preferem pecar pelo excesso à falta.

Segundo as recomendações para uma adequada alimentação complementar, esta deve fornecer variedade de alimentos nutritivos de boa qualidade microbiológica, de apropriada digestibilidade, de baixa alergenicidade, isentos de substâncias impróprias ao consumo no

primeiro ano de vida e que se iniciem sob consistência semi-sólida, com base na síntese apresentada em revisão da literatura por (TAKUSHI et al 2006).

Apesar de, no discurso, as mulheres identificarem que a diversidade do alimento ofertado é algo que precisa ser contemplado para uma boa alimentação, na prática isto não é observado, considerando o perfil dos alimentos ofertados já em idades superiores a 8 meses, quando se espera que a criança já esteja recebendo os alimentos consumidos pela família, desde que adequados para o consumo em termos de consistência e tempero.

Identificamos que um percentual ainda pequeno de crianças recebem certos alimentos que já deveriam fazer parte da alimentação diária da criança e não ocasional, tais como o feijão, a carne, verduras e legumes. A introdução de alimentos que sejam fontes de ferro, como o fígado, a carne, o peixe, o frango, o feijão e a gema de ovo cozida devem ser ofertados de preferência em combinações facilitadoras da absorção de ferro (KASDAM, 2002). A oferta do fígado e do peixe, dentre estes alimentos, são os que apresentaram menores percentuais de consumo pelas crianças. A este respeito, observam Takushi et al (2006), em seu estudo sobre a intenção de gestantes sobre a oferta de alimentos ao filho pequeno, que a recusa observada em ofertar fígado e peixe pode ser resultado da falta de hábito materno em consumi-los.

Ainda sobre a baixa oferta de peixe na dieta infantil, tal como apresentado neste estudo, traz como prejuízo, para a saúde da criança, a ausência de ácidos graxos poliinsaturados da série ômega-3, os quais participam da formação do sistema nervoso e do crescimento (EUCLYDES, 2000).

O consumo do feijão é um indicador importante de que a criança já está consumindo a alimentação da família, visto que o feijão e o arroz são alimentos básicos da cesta de consumo do brasileiro, fundamentalmente das classes de baixa renda, constituindo-se nas principais fontes de nutrientes e dos gastos domésticos. O feijão constitui a mais importante fonte de ferro que deve ser consumido, de preferência, associado às frutas e hortaliças e à carne

vermelha, cuja combinação eleva a biodisponibilidade de ferro dessa leguminosa, em até 85% (TAKUSHI et al, 2006).

Tal como observado por Stefanello (2008), as mulheres atribuem mais valor na quantidade ingerida do que na qualidade e diversidade do alimento. A este respeito, não temos dados concretos sobre o que as mulheres valorizam em termos quantidade de alimento ofertado que consideram ser boa a alimentação, mas é importante que os profissionais se atenham para tal indicador de avaliação materna para que seja estabelecida estratégias na reorientação de mães quanto ao de suporte nutricional às crianças e para o fortalecimento de atitudes e hábitos positivos que possibilitem uma alimentação saudável para a criança e a toda família.

Importante considerar que tanto as mulheres como os profissionais de saúde carecem de melhor instrumentalização quanto a alimentação complementar. A centralização da atenção ao aleitamento materno como prática alimentar essencial ao bom desenvolvimento e crescimento da criança acabou por obscurecer o olhar sobre a alimentação complementar. Tal condição é plausível de ser visualizada pela prática desenvolvida pelas mães deste estudo. Identificamos ainda uma grande dificuldade em analisar nossos achados tendo por base o Guia alimentar, referencia básica para orientação de profissionais de saúde, o qual apenas considera a alimentação complementar para crianças em aleitamento materno, mas não abordam as especificidade/incursões na trajetória da prática alimentar, tal como a tão comum introdução precoce de outros leites não maternos, requerendo a criança outras necessidades nutricionais.

Neste sentido chama-nos atenção no grupo de crianças desmamadas, os baixos percentuais de consumo de água, frutas, o que parece sugerir que as mães estejam se guiando em condutas direcionadas a crianças em aleitamento materno.

Em 2002, uma iniciativa conjunta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com o Ministério da Saúde desenvolveu o Guia Alimentar para Crianças de 6 a 24 meses, propondo, além da pirâmide alimentar para essa faixa etária, dez passos para uma alimentação saudável (PSHO/WHO, 2003).

Observa Barbosa et al (2006) que esse guia é uma ferramenta prática que permite orientar a seleção de uma alimentação saudável, incluindo informações sobre higiene dos alimentos, estímulo à amamentação e introdução dos alimentos após o desmame. Enfatiza a variedade e a consistência adequada dos alimentos. Os alimentos selecionados devem ser do hábito alimentar da família, ajustados em quantidade e qualidade. A pirâmide alimentar é constituída por oito grupos de alimentos (1- cereais, pães e tubérculos, 2- verduras e legumes ; 3- frutas ; 4- leites, queijos e iogurtes; 5- carnes e ovos; 6- leguminosas; 7- óleos e gorduras; 8- açúcares e doces). São distribuídos em quatro níveis, apresentados da base ao topo da pirâmide, considerando a sua participação na dieta em quantidades, respectivamente das maiores às menores, quanto ao número de porções. A organização da pirâmide é feita em função do principal nutriente de cada tipo de alimento e sua quantidade necessária, sendo que um alimento não é mais importante que outro por sua localização, todos os grupos são importantes e têm suas funções.

Os mesmos autores ressaltam que os guias alimentares representam um importante instrumento para atender os objetivos dos programas de educação nutricional, pois facilitam a aprendizagem e adaptação de uma conduta alimentar saudável. Entretanto, é importante desenvolver, implementar e validar os guias alimentares infantis.

O sentido educativo realçado pelo guia é também depreendido nas falas destas mulheres, não de forma instrumentalizada, mas com base em suas vivências, concebem ser a alimentação **uma parte do processo da vida da criança em que ela aprende a comer.**

Através do cuidado materno, a criança familiariza-se com os alimentos que lhes são ofertados, caracterizando fases de aprendizado da alimentação que são definidas pelas mulheres deste estudo como: **da comida separada para a comida da família.**

O processo de aprendizagem, segundo Ramos et al.(2000), ocorre pela exposição repetida ou mera exposição de uma alimentação variada, o que faz com que a criança aprenda sobre os diversos sabores, desenvolvendo e exercitando seu paladar. A formação de preferências alimentares, também é central para o desenvolvimento do controle da ingesta alimentar, formando ou modelando o quê e quanto a criança ingere sob influência do contexto social. É no contexto familiar em que se potencializam certas preferências, principalmente alimentos gordurosos e doces utilizados em festa e celebrações. Ainda neste contexto, certos alimentos de baixa palatabilidade, como as verduras, normalmente envolvem coação para a criança comer.

No espaço da alimentação infantil, a mulher situada na responsabilidade de criar e nutrir o filho, é com frequência alvo estratégico de ações. Com o surgimento da Puericultura passa-se a normatizar os cuidados maternos o que vigora até o momento atual. Neste sentido, é que estudos têm sido realizados buscando analisar o quanto certas características maternas tem reflexos no cuidados com a criança. Particularmente na prática da amamentação, tem se atribuído a introdução precoce de alimentos à falta de informação das mães (GIUGLIANI; VICTORA,2000). Ainda as experiências anteriores com filhos ou pela simples observação de alguém da família preparando alimentos às crianças pequenas, tende a favorecer um melhor desempenho na forma como as mulheres conduzem a alimentação da criança.

É importante ressaltar que os dados desta pesquisa são limitantes, uma vez que seu desenho não contemplou as crianças menores de 3 meses de três meses de idade. Sugerimos que esta abordagem seja realizada com intuito de trazer conhecimento para a melhoria da prática profissional.

É importante lembrar que as mulheres devem ser consideradas em sua totalidade, não apenas como mãe. É preciso compreender que ao exercerem o papel de mãe estas não deixam de exercer os outros papéis sociais, os quais busca conciliar e que podem ter implicações tanto nas funções maternas quanto nas de âmbito profissional e pessoal. Como profissional, não devemos rotular as mulheres que mostram maior ou menor vulnerabilidade para conduzir uma inadequada alimentação infantil, mas procurar provê-la de suporte necessário à condução de uma prática alimentar satisfatória considerando as especificidades de cada experiência.

Mais que saber o que essa mãe está oferecendo a seu filho, em termos nutricionais, é entender o porque e como esta mulher o faz, de modo que a resposta encontrada sirva de subsídio para que nós, profissionais de saúde, desempenhemos nossa função com seriedade, qualidade e eficácia.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ALMEIDA, A.M. de O.; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n. 1, p. 147-155,2003.

ALVES, Z.M.M.B. Relações familiares. **Texto Contexto**, v. 8, n.2 , p. 229-241, 1999.

ANDERSON, G.H. Human milk feeding. **Pediatr Clin North Am.**, v.32, n, 2, p. 335-53, 1985.

ANDRADE, T.M.; MORAES,E.B.de; CAMPOS, A. L.R.de; LOPEZ F.A. Crianças que não comem – Um estudo psicológico da Queixa Materna. **Rev. Paul Pediatría**, v.20, n. 1, p.30-36, fevereiro, 2002.

ANGELIS, R.C. Alimentação na infância vs. Conseqüências ulteriores na saúde. **Rev. Paul. Pediatr.** v. 13, p. 126-7,1995.

ARAÚJO, M.F.M. Situação e perspectivas do Aleitamento Materno no Brasil. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas para prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1-10.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

AZEVEDO, G.R.de. Cuida-dor (d)eficiente: as representações sociais de familiares do processo de cuidar. 2001.106p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**.Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, R.M.S.; SALLES-COSTA, R.; SOARES, E. A. Guias alimentares para crianças: aspectos históricos e evolução. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n. 2, p.255-263, mar./abr., 2006

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto, A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BIRCH, L. L. Children's preferences for high-fast foods. **Nutrition Reviews**. v.50, n. 9, p. 249-255, 1992.

BIRCH, L. L., & FISHER, J. A.. Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America*, 42(4), 931-953, (1995)

BONILHA, L.R.C.M.; RIVORÊDO, C.R.S.F. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.81,n.1, p.7-13, 2005.

BRANDÃO, C.R. **Plantar, colher, comer**: um estado do campesinato goiano. Rio de Janeiro: GRAAL, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma Alimentação Saudável. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, A.L.D.; MORAES, D.E.B. Recusa Alimentar na Infância. In: Lopez, FA; Brasil, ALD Nutrição e Dietética em Clínica Pediátrica. Editora Atheneu, 368p, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2004 Informações de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. acesso em: 30/04/2008.

BRASIL, Ministério da Saúde Glossário Temático – Alimentação e Nutrição. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2007.

BRASIL, Ministério da saúde. Semana Mundial de Aleitamento Materno. 2008. Disponível em <http://diade.bvsalud.org/amamentacao/html/pt/index.htm> . Acesso em 02/04/2007.

BROWN, K.H.;SANCHEZ-GRINAN M.; PEREZ, F.; PEERSON, J.M.; GANOZA, L.; STERN, J.S. Effects of dietary energy density and feeding frequency on total daily intakes of recovering malnourished children. **Am.J Clin Nutr**; n.62, p.13-18, 1995.

BRUNKEN, G.S.; SILVA, S.M.; FRANÇA, G.V.A.; ESCUDER, M.M.; VENÂNCIO S.I.Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **J. Pediatr. (Rio J.)** .v.82, n.6 ,Porto Alegre, nov./dez., 2006.

BUSTAMANTE,V.; TRAD, L.A.B. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Ciência & Saúde Coletiva coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 ,n.5, set./out., 2007.

CABRAL, I.E.; TYRRELL, M A R. O Estilo de cuidar da Mãe e o Trabalho da Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p.189-195, out, 1995.

CALIL, V.M.L.T., LEONE, C.R., RAMOS, J.L.A. Composição nutricional do colostro de mães de recém-nascidos de termo adequados e pequenos para a idade gestacional III. Condições que alteram a composição nutricional do leite humano. **Pediatr**, São Paulo, v.14, n. 1, p. 24-29, 1992.

CALIL, V.M.L.T.; FALCÃO, M.C. Composição do leite humano. In: FERBAUM, R.; FALCÃO, M.C. **Nutrição do recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.215-227.

CALIL, V.M.L.T; VAZ, F.A.C. Composição Bioquímica do leite humano. In: ISSLER, H.(coord). **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**, 2008. p. 177-190.

CARVALHO, M.R.C.; TAMEZ, R.N. **Amamentação - Bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002. 278 p.

CASTRO, L.M.C.P. de. Definições e Recomendações para a Alimentação Infantil. P.20 In: CASTRO, L.M.C.P. de; ARAÚJO, L.D.S. de. **Aleitamento Materno: manual prático**. (organizadoras). Londrina: CROMOS, 2004.152 p.

COLLIÈRE, M.F. Origem das práticas de cuidados, sua influência na prática de enfermagem. In: _____ **Promover a vida**. Tradução Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. p 27-38.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

CRESPIN, J. **Puericultura: Ciência, Arte e Amor**. São Paulo: BYK, 1992.

CTENAS, M.L.B; VITOLO, M.R. **Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança**. São Paulo: C2 Editora e Consultoria em Nutrição, 1999.

DEL CIAMPO,LA ^I; RICCO,R G; DANELUZZI,JC; DEL CIAMPO,IRL; FERRAZ, IS; ALMEIDA, C.A.N. DE O Programa de Saúde da Família e a Puericultura.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, jul./set., 2006.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do Corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

DEVINCENZI, M.U.; COLUGNATI, F.A.B., SIGULEM, D.M. Factores de protecção para la anemia ferropriva: estudio prospectivo em niños de bajo nível socioeconômico. **Arch Latinoam Nutr.**, v. 54, n.2, p. 174-9, 2004.

DEWEY, K.G.; COHEN, R.J.; ROLLINS, N.C. WHO technical background paper: feeding of nonbreastfed children from 6 to 24 months of age in developing countries. **Food Nutr Bull**, v. 25, n.4, p. 377-402, 2004.

DURO D.; RISING, R.; CEDILLO, M., LIFSHITZ, F. Association between infantile colic and carbohydrate malabsorption from fruit juices in infancy. *Pediatrics*,v. 109,p. 797-805, 2002.

DYTZ, J.J.G. O modo de vida da mãe e a saúde infantil: estudo no Distrito federal. 1998. 296 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,1998.

ELIAS, N. **O processo civilizador**: uma história de costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

ESCRAVIDÃO MAMS, VIEIRA GO. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **J Pediatr** . Rio de Janeiro, v. 76 (Supl. 3), p. 104-7, 2000.

EUCLYDES, M.P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2 ed. Minas Gerais: Suprema, 2000.

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations). *Notas sobre Alimentação e Nutrição*. Brasília: FAO, 1996.

FARIAS JÚNIOR, G. DE; OSÓRIO, M.M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Rev. Nutr.** Campinas, v.18, n.6, nov./dez, 2005.

FERREIRA, D.N.M. Perfil da demanda de crianças com distúrbio miofuncional orofacial e cervical em tratamento no serviço de fonoaudiologia da secretaria municipal de saúde de Franca – SP. 2002. 157P. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2002.

FERNANDES, S.M.R. Alimentação complementar do lactente. In: CASTRO, L.M.C.P.; ARAÚJO, L.D.S. (Org). **Aleitamento materno: manual prático**. 2 ed. Londrina: MAS, 2006. p. 95-105.

FERRAZ, I.S. Nutrição no primeiro e segundo anos de vida. In: MONTEIRO, J.P.; CAMELO JUNIOR, J.S. **Caminhos da nutrição e terapia nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p 245-277.

FIGUEIREDO, M.G.; SARTORELLI, D.S.; ZAN, T.A.B; GARCIA, E; SILVA, L.C. DA; CARVALHO, F.L.P.D.E.; PACOTTO, R.C.; MACRI,S.; CARDOSO, M.M. Inquérito de

avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad saúde Pública**, v.20, n.1, p. 172-179, jan-fev.,2004.

GANDAVO, P.M. Tratado da Terra do Brasil. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1980

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 1994. 46 p.

GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, G.V. Alimentação Complementar. **Jornal de Pediatria**, v.76, n. 3, 2000

GOLAN M. Influencia dos fatores ambientais domésticos no desenvolvimento e tratamento da obesidade infantil. **Anais Nestlé**, v.62, p. 31-42, 2002.

HERVADA, A. R. Infant nutrition: the first two years. In: Lifshitz F, coordinator. **Childhood nutrition**. Boca Raton: CRCPress; p. 43-52, 1995.

JAGGAR, A.M.; BORDO, S.R. (Ed.) **Gênero, corpo, conhecimento**. Tradução Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo, 1997.

KAHTUNI, H.C. O terapeuta/mãe, o paciente/bebê e os cuidados requeridos. **Psyche** São Paulo, v.9, n.16, São Paulo, dez., 2005.

KASDAM, T.S. Terapia clínica nutricional para a anemia. In: MAHAN, L.K; ESCOTT-STUMP, S.K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2002. p 756-74.

LIBERATO, S.C.; PENHEIRO-SANT'ANA, H.M. Fortificação de alimentos industrializados com vitaminas. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n.2, p. 215-231, mar./abr., 2006

LIFSCHITZ, J. A. Alimentação e cultura : em torno ao natural. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 69-83, 1997

LOPEZ, F.A., JUSWIAK, C.R. O uso de fórmulas infantis após o desmame. **Temas de Pediatria, Nestlé**, v.74, 2003

LORETO, O.D.M. Di. Aspectos psicológicos da Alimentação In: LOPEZ, F.A.; BRASIL, A.L.D. **Nutrição e Dietética em Clínica Pediátrica**. Editora Atheneu, 2004. 368 p.

MACHADO, A.R.M. O lugar da mãe na prática da Amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. Ribeirão Preto, 2001. 144 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

MALDONADO, M.T.R. **Psicologia da gravidez**. 12ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

MARCHIONI, DM; LATORRE, MR; SZARFAC, SC, DE SOUZASB. Complementary feeding: study on prevalence of food intake in two health centers of São Paulo city. **Arch Latinoam Nutr.** v.5, n.1, p. 161-6, 2001.

MARQUES, M. B. A Questão Populacional Internacional e as Doutrinas e Práticas Sanitárias Voltadas para a Saúde Materno-Infantil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1982.

MARTIN V.B.; CASTILLO C.D. El niño que no quiere comer. **Rev Chilena Pediatr.**, v.71, p 139-41, 2000.

MARTINS, A.P.V. "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan./mar., 2008.

MARTINES, JC; Rea, MF; de Zoysa,I Breastfeeding in the first 6 months: no need for extra fluids. **Brit Med J.** ; v.304; p.1068-9,1992.

MATOS, M.I.S.de Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1890-1930) In: Matos, M.I.S. de; Soihet (Org) **O corpo feminino em debate**. Ed UNESP, 2003.p. 107-127

MINAYO, M.C.S. Ciência , técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S., organizadora. **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.9-29.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** : pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MINTZ, SW. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.16, n.47, p.32-41, out, 2001.

MITCHELL, D. O., INGCO, M. D. e DUNCAN, R. C. 1997, *The world food outlook*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.

MODESTO1, S.P.; DEVINCENZI ,M.U.; SIGULEM ,D.M. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n.4, p. 405-415, jul./ago., 2007

MONTANARI, M. Rumo a um novo equilíbrio alimentar. In: FLANDRIN, J.L; MONTANARI, M. (orgs.) **História da alimentação**.São Paulo: Estação Liberdade,1998

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5 (supl), p. 131-141, 2004.

MONTEIRO, L.A.G.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A.; CIAMPO, L.A. Del; RICCO,R.G. Alimentação do lactente: A propósito da introdução de alimentos não lácteos. **Medicina**, vol. 23, n. 3, p. 209-218, jul-set, 1990.

MURAHOVSKI, J. Crescimento e aleitamento materno. In Issler, H. **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sraivier, p. 220-224.

NAKANO,A.M.S. **O aleitamento no cotidiano feminino**.1996. 170 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. 2003. 145p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NÓBREGA, F. J. de; CAMPOS, A.L.R. de; NASCIMENTO, C.F.L. **Distúrbios Nutricionais e Fraco Vínculo Mãe – Filho**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda, 2000. 88 p.

OLIVEIRA, LPM; ASSIS,AMO; PINHEIRO,SMC; PRADO, MS; BARRETO, ML. Alimentação Complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Nutr.** v. 18, p.459-69, 2005.

PALMA, D. Alimentação no primeiro ano de vida. In: LOPEZ, F.A.; BRASIL, A.L.D. **Nutrição e Dietética em Clínica Pediátrica**. Editora Atheneu , 2004. 368p.

PALMA, D.; BARBOSA, M. B. Alimentação de transição no primeiro ano de vida. In: ISSLER, H. (coord.). **O aleitamento Materno no contexto atual**: políticas, prática e bases científicas, 2008. p 360-363.

PARKER, R. **A mãe dividida**: a experiência da ambivalência na maternidade. Tradução Alice e Doralice Xavier de Lima. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997.

PATRÍCIO, Z.M. O Processo de trabalho da Enfermagem frente às novas Concepções de saúde: Repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 67-81, jan.1993.

PEREIRA, M.J.B.; REIS, M.C.G.dos; NAKANO, A. M. S.; SANTOS, B.N. dos; VILLELA, M.R.G.B. Indicadores do Aleitamento Materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 7, n. 1, p. 36-46, 2004.

PERLÈS, C. As estratégias alimentares nos tempos pré-históricos.. In: FLANDRIN , J.L; MONTANARI, M. (orgs.) **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

PSHO/WHO. Guiding principles for complementary feending of the breastfed child. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. Pan American Health Organization/World Health Organization. Washington/Geneva; 2003

QUAIOTI, T.C.B.; ALMEIDA, S.S.A. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade *Psicol. USP*, São Paulo, v.17, n.4 , dez., 2006.

QUEIROZ S.S.; TORRES, M.A.A. Anemia ferropriva na infância. **J Pediatr** .Rio de Janeiro, v.76 (Supl. 3), p.298-304, 2000;.

RABUSKE, MM; OLIVEIRA, D.S. DE; ARPINI, M. A criança e o desenvolvimento infantil na perspectiva de mães usuárias do Serviço Público de Saúde. **Estud. psicol.** v.22 n.3, Campinas, jul./set. 2005

RAMOS, C.V. ; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de pediatria**. v. 79, n.5, p. 385-390, 2003.

RAMOS, M. STEIN, L.M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. Pediatria**. v.76 (supl3), p.229-237, dez, 2002

REA, M.F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev Saúde Pública**, v.24, p.241-249, 1990.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Aleitamento Materno. 2003. Disponível em <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br> . Acesso em janeiro de 2008.

RICCO, R.G; DEL CIAMPO, L.A.; ALMEIDA, C.A.N. Mama normal: anatomia, embriologia e lactogênese. In: ISSLER, H.(coord.) **O aleitamento Materno no contexto atual**: políticas, prática e bases científicas, 2008. p.303-306.

RICHARDSON, R.J. e cols. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMANELLI, G.O. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, Ribeirão preto, v. 39, n.3, p.333-339, 2006.

ROTENBERG, S; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Brás.Saúde Matern. Infant.**, v.4, n.1, p. 85-94, jan-mar, 2004.

ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 4ª ed. Campinas: Unicamp, 1994.

SALDIVA, S.R.D.M.; ESCUDER.,M.M.; MONDINI, L.;LEVY, R.B.;VENANCIO, S.I. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores associados. *Jornal de Pediatria*, v.83, n. 1, p.53-58, 2007

SANTOS, CS; LIMA, LS; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife. **Brasil Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife ,v.7 n.4 out./dez. 2007

SENTONE, A.D.D. Vantagens do aleitamento Materno. In: CASTRO, L.M.C.P. de; ARAÚJO, L.D.S. de. **Aleitamento Materno**: manual prático, organizadoras. Londrina: Editora CROMOS , 2004.152 p.

SILVA, A. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira**. Ribeirão Preto, 1990. 302p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990)

SILVA. G.A.P. O uso de chupeta contribui para uma maior ocorrência de enteroparasitoses? **J Pediatr** ,Rio de Janeiro, v.73, p. 88-91,1997.

SILVA, L.C.D. **O Feminino e sua pertença, o materno uma leitura, alguns olhares – na atualidade**. 1998. 125p. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, I.A. **Deficiência de Ferro em Crianças de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais e suas implicações para o aleitamento materno exclusivo**. Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. 2004 (Projeto de Pesquisa, Relatório Técnico Fapesp, 2005)

Silva, I. A. Amamentação na perspectiva da mulher. In: ISSLER, H. (Coord) **O Aleitamento Materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 3-7.

SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.69-77, jan, 2006.

SKINNER, J.D. Mealtime communication patterns of infants from 2 to 24 months of age. **J Nutr Educ**, v.30, p. 8-16, 1998.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P. de; SOUZA, S.B. de. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.6, n.1, p. 29-38, abril, 2003.

SOUZA, S.B. de; SZARFARC, S.C.; SOUZA, J.M.P,de. Prática Alimentar no Primeiro Ano de Vida em Crianças Atendidas em Centros de Saúde Escola do Município de São Paulo. **Rev.nutr**, v.12, n.2, p.167-174, maio-ago, 1999.

SOUZA, M.C.C. Compreendendo a ação materna frente às orientações sobre a alimentação da criança de 0 a 6 meses. Dissertação (mestrado) Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001

SPINELLI, M.G.N. **Prática alimentar de crianças menores de um ano de idade, atendidas em Unidades Básicas de Saúde** – Escola, do município de Mogi das Cruzes. 2000 . 93 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

STEFANELLO, J. A. vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães. 2005. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

STEFANELLO, J. A. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano.** 2008. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

SZARFARC S.C.; MONTEIRO, C.A.; MEYER, M.; TUDISCO, E.S.; REIS, I.M . Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.22, n. 4, p. 266-72, 1988.

SOUZA, S.B.; SZARFARC, S.C.; SOUZA, J.M.P. Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.1, p.15-20, 1997.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Departamento de Nutrição. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida, recomendação. **Rev. Paulista Pediatria**, São Paulo, v. 16, p. 112-7, 1998.

TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.d'A; GALLO, P.R.; BRESOLIN, A.M.B. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde materno infantil**, Recife, v.6, n.1, p. 115-125, jan./mar, 2006.

TRONTO, J.C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A.; BORDO, S.R. (Org.) *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, p.186-203,1997.

VALLE, D.D.; MODESTO, A.; SOUZA, P.R. Hábitos alimentares e prevalência da doença da cárie em bebês. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v.58, p. 332 – 5, set-out . 2001.

VALENTE, F.L.S., organizador. **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. São Paulo: Cortez, 1986.

VANNUCHI, M.T.O. Composição do leite humano. In: Castro, L.M.C.P.; Araújo, L.D.S. (Org) **Aleitamento materno: manual prático** 2 ed. Londrina: MAS, 2006. p.69-74.

VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L.; KITOKO, P.; REA, M.F.; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.3. p.313-318, 2002.

VICTÓRIA, C.G. **Pesquisa qualitativa em saúde: introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, p.33-44, 2000.

VIEIRA, M.N.C.M. Estudo das Representações Sociais do Programa de Alimentação Escolar da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002, 156 p.

VIEIRA, M. L.F. ; SILVA, J. L.C. P; FILHO, A. A. B. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre ,v.79, n.4 Jul/Agost., 2003.

VISSER, M. O ritual do jantar: as origens, a evolução, excentricidades e significado das boas maneiras à mesa. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

OPAS/OMS. Organización Panamericana de la salud. **Indicadores para evaluar las practicas e lactancia materna**. Informe de una reunión. Ginebra; 1991. (OMS/CED/SER/91.14).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Organización Mundial de la Salud), 1990. *Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas*. Serie de Informe Técnicos 797. Geneva: OMS

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1,1998

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001.The food and nutrition program .Geneva,2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guiding principles for complementary feeding for the breastfed child. Geneva: PAHO; 2003.

WRIGHT, M.G.M.; OLIVEIRA, J.E.D. de. Alimentação de zero a um ano de idade – um desafio aos profissionais de saúde. Rev. Bras. Enf., vol.38, p 275-280, jul – dez,1985.

Zaluar , A. A máquina e a revolta: As organizações populares e o significado da pobreza: Braziliense, 2 ed. 1985. 265p.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados

Formulário de Coleta de Dados

Data: ____/____/____

Nº: ____

A - Identificação materna

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone (contato): _____

Data de nascimento: / /

Escolaridade _____

História obstétrica

Nascidos Mortos	Abortos	Nativos		Tipo de parto			Peso ao nascer (g)		Causa (*)	Idade da Criança
		T	PT	F	C	N	Vivo	Morto		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										

Legenda:

Nativos: PT – pré-termo (< 38 semanas); T – termo (≥38 semanas)

Tipo de parto: C – cesárea; N – normal; F – fórceps

(*) Causa do óbito: infecção, acidente, etc. (descrever a causa)

1. Atualmente a senhora vive: Com companheiro 1 Sem companheiro 2 Viúva 3	
2. Na época da gravidez da criança a Sra. estava: Com companheiro 1 Sem companheiro 2 Viúva 3	
3. Na época em que estava grávida da criança a Sra. trabalhava? Sim 1 Não 2	
4. Se trabalhava, quanto tempo após o parto da criança levou para retornar Ao trabalho? (Anotar em meses)	
5. Se não retornou ao trabalho, qual foi o motivo? Para cuidar da criança 1 Foi dispensada do trabalho 2 Por problema de saúde 3 Está em licença maternidade 4 Outro 5 Qual?	
6. A Sra. fez consulta de pré-natal durante a gravidez da criança? Hospital público 1 Hospital privado 2 Centro ou posto de saúde 3 Médico particular 4 Médico de convênio 5 Outros 6 Qual?	
7. Se fez, em que mês da gravidez iniciou as consultas de pré-natal da Criança? (registre em semanas)	
8. Se fez, quantas consultas de pré-natal fez na gravidez da criança?	
9. Onde a criança nasceu? Hospital particular 1 Hospital de convênio 2 Hospital público 3 Outro 4 Qual?	
10. O parto da criança foi: Normal 1 Cesárea 2 Fórceps 3	

C - Características da criança

Data nascimento : / /

1. O recém-nascido foi: Termo 1 Pré-termo 2 Qual a idade gestacional? (Anotar em semanas)	
2. Qual o peso ao nascer? (Anotar em gramas)	
3. Qual o comprimento ao nascer? Anotar em centímetros)	

- Inquérito alimentar - *Características da Alimentação da Criança*

1. A criança mama no peito? Sim 1 (questões 2 à 8) Não 2 (questões 9 à)	
2. Se sim, o leite materno é o único alimento que recebe? Sim 1 Não 2	
3. Se não , até que idade a criança mamou só leite materno? (Anotar em meses)	
A criança come: Sim 1 Não 2	
4. Água e/ou chá	
5. Se usa chá, qual o tipo ?	
6. Se usa chá : adoçado 1 sem ser adoçado 2	
7. Qual a quantidade de chá/dia? (número de chucas ou copos, etc... definir quantidade em ml)	
8. Como é o preparo do(s) chá(s) ? (descreva com as palavras da mãe)	
9. Leite integral : de saquinho ou caixinha	
10. Leite em pó (especificar a marca)	
11. Açúcar (especificar a quantidade usada/dia)	
12. Engrossante (Ex.: maisena, fubá, etc.)	
13. Frutas (sucos e/ou papinha)	
14. Legumes (Ex.: tomate, cenoura, beterraba, etc.)	
15. Verduras (Ex.: alface, couve, espinafre, etc.)	
16. Batata (ou cará, mandioca, batata-doce, etc.)	
17. Gema de ovo	
18. Ovo inteiro	
19. Caldo da carne	
20. Carne	
21. Peixe	
22. Frango ou outras aves	
23. Fígado	
24. Caldo do feijão	
25. Feijão	
26. Arroz e/ou macarrão	
27. Pão e/ou bolacha	
28. Refrigerante	
29. Café	
30. Outros (Especificar)	
31. Quantas mamadeiras de leite a criança recebe por dia?	
32. Volume de leite estimado por mamadeira ? (anotar quantidade em ml)	
33. Quantas refeições, com outro alimento a criança faz por dia?	

APÊNDICE B – Questões norteadoras para Entrevista**Roteiro para Entrevista**

- 1 - Quando falo em amamentação, o que a sua cabeça?
- 2 - Quando falo em alimentação o que vem a sua cabeça?
- 3 - O que significou para você parar de amamentar e iniciar a dar outros alimentos?
- 4 - O que é cuidar para você?
- 5 - Quais são seus sentimentos frente ao alimento?
- 6- O que você acha da alimentação que você oferece para seu filho menor de um ano? Você e sua família têm o hábito de comer / beber esses alimentos? Por que? (até quando você acha que a alimentação de seu filho menor de um ano deve ser diferente da família)
- 7 - Na alimentação da criança nessa fase, o que você acha que não deve ser oferecido? Seu filho já comeu este alimento? Por que? Quem ofereceu?
- 8 - Quem tem te orientado que tipo de alimentação que você deve oferecer para seu filho? O que ele/ela tem te orientado? (Tipo de orientação. Como você se sente frente a essa orientação? Quem você escuta? Quem você segue? Por que?)
- 9 - Dos alimentos que você ofereceu a seu filho, teve algum que ele não gostou? Qual? O que você fez diante disso?
- 10 - Como é para você cuidar da alimentação de seu filho? (preparar, se preocupar, oferecer, disponibilidade)
- 11 - Para manter a saúde de seu filho que cuidados você considera mais importantes?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sou enfermeira e estou realizando um estudo que tem por objetivo analisar como foi para a mãe o momento de iniciar a alimentação de seu filho. Gostaria de convidá-la a participar desta pesquisa, respondendo a algumas questões sobre esse assunto. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, mas se você quiser participar será de grande utilidade para estudarmos como é a alimentação da criança menor de um ano. Informamos também que como continuidade desse estudo você poderá novamente ser entrevistada para completar o trabalho. À qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como retirar esse consentimento, o que não acarretará nenhum prejuízo em seu atendimento nesta instituição. Suas informações serão tratadas com absoluto sigilo e nada lhe será cobrado. Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Enfermeira Pesquisadora

Rosiléia Carolina Prearo Pelegrin (016) 3625 4896

R: General Osório, 1149, ap. 12 Ribeirão Preto- SP

Eu, _____,

tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura

ANEXO

ANEXO

Aprovação - Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 190/2006

Ribeirão Preto, 18 de outubro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 91ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de outubro de 2006.

Protocolo: nº 0707/2006

Projeto: O CUIDADO COM A ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NA PERSPECTIVA MATERNA

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
Rosiléia Carolina Prearo Pelegrin

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enf^a Maria Antonieta Spinoso Prada
Vice- Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof^a Dr^a Ana Márcia Spanó Nakano

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP