

ALINE APARECIDA DE OLIVEIRA CAMPOS

**ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL PARA A PROMOÇÃO
DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE CRIANÇAS E MÃES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A IMPORTÂNCIA DA
VISITA DOMICILIAR**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2013

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

C198a
2013

Campos, Aline Aparecida de Oliveira, 1980-

Aconselhamento nutricional para a promoção da alimentação saudável de crianças e mães na Estratégia Saúde da Família : a importância da visita domiciliar / Aline Aparecida de Oliveira Campos. – Viçosa, MG, 2013.

xvi, 171 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Aconselhamento em nutrição. 2. Crianças - Nutrição. 3. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. 4. Representações sociais. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Nutrição e Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição. II. Título.

CDD 22. ed. 613.20832

ALINE APARECIDA DE OLIVEIRA CAMPOS

**ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL PARA A PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE CRIANÇAS E MÃES NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*

APROVADA: 22 de fevereiro de 2013

Prof^a Dr^a Raquel Maria Amaral Araújo
(Coorientadora)

Prof^a Dr^a Andreia Patrícia Gomes

Prof^a Dr^a Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

Dedico este trabalho

*À minha mãezinha, **Vera Alice Bárbara de Oliveira Campos**, por ser meu refúgio, minha fortaleza, por me dar forças em todos os momentos da minha vida, por ser o meu exemplo de amor, de doação ao próximo e de humildade: muito obrigada por tudo...eu te amo muito;*

***Às mulheres-mães** que compuseram este estudo: muito obrigada por me receber em suas casas e permitir a realização deste trabalho.*

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, princípio e fim de todas as coisas. Obrigada Senhor por me dar forças, por ser o meu sustento na *Sagrada Eucaristia* e por me iluminar com o *Espírito Santo*.

Agradeço também a minha querida mãe, **Nossa Senhora**, por ser tão presente em minha vida e por me acolher em Seu colo maternal.

À minha mãezinha **Vera**, pela indescritível colaboração na coleta dos dados! Muito obrigada!

Ao meu pai, **Herbert Serrati Campos** (*in memorian*), que me ensinou, com seu testemunho de vida, que a caridade é uma das maiores virtudes que o ser humano pode ter.

Aos meus amados irmãos, **Herbert, Fabrício e Flávia**, pelo amor fraterno que nos une, pela confiança e companheirismo, pela partilha dos momentos bons e alguns não tão bons que já vivemos, mas que contribuíram para a construção da minha história de vida.

Às minhas cunhadas **Cida, Luciana** e ao meu cunhado **Alessandro**, por constituírem minha querida família, pela confiança em mim depositada e palavras de incentivo que sempre me deram.

Ao meu amado avô **Jesus**, por todo amor e orações, por cada palavra de incentivo dada a mim. Eu te amo muito, avozinho.

À minha querida avó **Zizica** (*in memorian*), pela saudosa lembrança.

Aos meus **tios e primos** agradeço pelo carinho e confiança.

À minha querida professora **Rosângela Minardi Mitre Cotta**, por toda confiança depositada em mim, pelos ensinamentos, por cada palavra de incentivo, por compartilhar comigo suas experiências e seus aprendizados! Obrigada por *apostar* em mim! Com você aprendi a ser mais crítica e reflexiva! Muito obrigada por tudo professora!

Às professoras **Adriana Kelly Santos, Julicristie Machado de Oliveira e Raquel Maria Amaral Araújo**, pelo apoio, pelas palavras de incentivo, pela escuta, pela disponibilidade, pela atenção e pelas valiosas contribuições neste trabalho. Muito obrigada!

À professora **Andreia Patrícia Gomes**, pela amabilidade, gentileza, disponibilidade, atenção e preciosas contribuições.

Às professoras **Dione de Marchi e Maria Sônia Lopes Duarte**, muito obrigada pela gentileza, disponibilidade e atenção.

Aos amigos **Luciana Saraiva, Juliana Machado, Sandra Tavares, Roberta Sena, Erica Toledo, Glauce Dias, Renata Siqueira, Mariana Bastos e Thaís Rocha**, pela amizade sincera, pelo apoio, pelo incentivo, pelos momentos de alegria e por todo companheirismo. Sem vocês o caminho seria mais árduo e haveria menos flores no percurso.

Aos meus grandes amigos de *longa data* **Cristiane Oliveira, Daniane Campos, Kely Raspante, Arlene Amaral, Xênia Souto, Andreia Cristina, Frederico Ventura, Gláucia Santos, Alberto Lisboa, Eduardo Pessoa e Juliana Pessoa e Hudson Balbino**: muito obrigada por fazerem parte da minha vida. Eu amo muito vocês.

A todas as **participantes do estudo**, que abriram as portas de suas casas e me acolheram com muito carinho e consideração.

À **Universidade Federal de Viçosa**, instituição à qual devo toda a minha formação profissional e parte importante de minha formação pessoal.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição**, pela oportunidade dessa conquista.

A **CAPES**, pela bolsa de mestrado

A todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho: muito obrigada!

ÍNDICE

RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	iv
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	xvi
INTRODUÇÃO.....	1
JUSTIFICATIVA.....	3
OBJETIVO	
Geral.....	4
Específico.....	4
MÉTODOS	
Caracterização do local do estudo.....	4
Delineamento do estudo.....	5
Sujeitos.....	6
Critérios de seleção.....	6
Coleta de dados.....	7
Descrição da intervenção.....	7
Acompanhamento nutricional infantil.....	8
Acompanhamento nutricional materno.....	12
Cultivo de hortas domiciliares e a aproveitamento de frutas de época.....	15
Identificação dos facilitadores e dificultadores da alimentação da prática da alimentação complementar saudável.....	16
(Re)conhecendo a Rede Social das mulheres-mães.....	16
Representações Sociais acerca da prática alimentar infantil.....	16
ANÁLISE DOS DADOS.....	17
ASPECTOS ÉTICOS.....	18
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	19
ESTUDO BIBLIOGRÁFICO.....	23
Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos	23
Resumo.....	23
Abstract.....	24

Introdução.....	25
Métodos.....	26
Resultados.....	28
Discussão.....	30
Considerações Finais.....	36
Referência Bibliográfica.....	37
ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO.....	42
Fatores facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável sensibilizando nossa escuta para a voz das mulheres-mães	42
Resumo.....	42
Introdução.....	43
Sujeitos e Métodos.....	44
Resultados.....	45
Discussão.....	48
Considerações Finais.....	54
Referência Bibliográfica.....	56
Prática alimentar de crianças menores de dois anos de idade: a influência da rede social das mulheres-mães	
Resumo.....	59
Introdução.....	60
Sujeitos e Métodos.....	61
Resultados.....	63
Discussão.....	68
Considerações Finais.....	72
Referência Bibliográfica.....	74
Representações sociais de mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade: compreendendo a percepção materna acerca da alimentação infantil	
Resumo.....	77
Introdução.....	78
Sujeitos e Métodos.....	79
Resultados.....	80

Discussão.....	91
Considerações Finais.....	94
Referência Bibliográfica.....	96
CONCLUSÕES.....	99
APÊNDICES.....	102
ANEXOS.....	166

RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Aleitamento Artificial
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMM	Aleitamento Materno Misto
AMP	Aleitamento Materno Predominante
APS	Atenção Primária à Saúde
BP	Baixo Peso
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
HSS	Hospital São Sebastião
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
IMCPG	Índice de Massa Corporal Pré-Gestacional
MAC	Macrossomia
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Peso insuficiente
PN	Peso ao nascer
PPG	Peso Pré-Gestacional
PROLAC	Programa de Apoio à Lactação
RCQ	Relação Cintura Quadril
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
VD	Visita Domiciliar
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

MÉTODOS

Quadro 1. Classificação do estado nutricional de crianças, WHO (2006).....09

Quadro 2. Classificação do estado nutricional do adulto, segundo o IMC, WHO (1995).....13

Quadro 3. Classificação do estado nutricional de adolescentes, WHO (2007).....13

ARTIGO 1 Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos

Gráfico 1. Publicações referentes ao aconselhamento nutricional em alimentação infantil (1998 a 2011).....28

Tabela 1. Potencialidades da prática do aconselhamento nutricional em alimentação infantil presentes nos estudos analisados (1998 a 2011).....29

Tabela 2. Obstáculos acerca da prática do aconselhamento nutricional em alimentação infantil segundo estudos presentes na literatura (1998 a 2011).....30

ARTIGO 2. Fatores facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável: sensibilizando nossa escuta para a voz das mulheres-mães.

Tabela 1. Fatores facilitadores da prática da alimentação complementar saudável, na voz das mulheres-mães, Viçosa, MG (2011-2012)..... 47

Tabela 2. Fatores dificultadores da prática da alimentação complementar saudável, na voz das mulheres-mães, Viçosa, MG (2011-2012)..... 48

ARTIGO 3. Representações Sociais de mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade: compreendendo a percepção materna acerca da alimentação infantil.

Quadro 1. Representação geométrica para a construção da rede social, Viçosa- (2012).....62

LISTA DE FIGURAS

MÉTODOS

- Figura 1.** Localização do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.....5
- Figura 2.** Localização dos bairros que compuseram o presente estudo, Viçosa, MG (2011-2012).....6
- Figura 3.** Balança utilizada para a aferição do peso materno e infantil, durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, Viçosa, MG8
- Figura 4.** Infantômetro utilizado para a aferição do comprimento durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, Viçosa, MG9
- Figura 5.** Antropômetro utilizado para a aferição da estatura materna, durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, Viçosa, MG.....13
- Figura 6.** Hortas cultivadas nos domicílios das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade, Viçosa, MG, 2011-2012.....15
- ARTIGO 1. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos.**
- Figura 1.** Roteiro sistematizado para realização da pesquisa e seleção de artigos nas bases de dados do SciELO, Lilacs e Medline (2011).....27
- ARTIGO 2. Fatores facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável: sensibilizando nossa escuta para a voz das mulheres-mães.**
- Figura 1.** Fatores facilitadores e dificultadores da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos de idade, Viçosa, MG (2011- 2012).....46
- ARTIGO 3. Prática alimentar de crianças menores de dois anos de idade: a influência da rede social das mulheres-mães**
- Figura 1.** Rede social típica das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade, Viçosa, MG (2012).....64
- ARTIGO 4. Representações Sociais de mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade: compreendendo a percepção materna acerca da alimentação infantil.**
- Figura 1.** Dimensões das representações sociais das mulheres-mães acerca da alimentação infantil, Viçosa, 2011-2012.....81

RESUMO

CAMPOS, Aline Aparecida de Oliveira, Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2013. **Aconselhamento nutricional para a promoção da alimentação saudável de crianças e mães na Estratégia Saúde da Família: a importância da visita domiciliar.** Orientadora: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Coorientadoras: Julicristie Machado de Oliveira e Raquel Maria Amaral Araújo.

As recomendações sobre alimentação infantil saudável ressaltam a importância do aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida e a continuidade da amamentação, após o início da alimentação complementar, até os dois anos de idade ou mais. Assim, o aconselhamento nutricional direcionado às mães de crianças menores de dois anos de idade assume papel imprescindível para garantir o desenvolvimento satisfatório, introduzindo os alimentos adequadamente, propiciando à criança meios para que atinja o seu potencial biológico. Neste contexto, o presente estudo objetivou compreender a percepção das mulheres-mães sobre o aconselhamento nutricional da alimentação complementar através da inserção do nutricionista na Estratégia Saúde Família (ESF) por meio de visitas domiciliares (VD). Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado no município de Viçosa, Minas Gerais, cuja coleta de dados se deu por meio de VD mensais durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, utilizando como técnicas a entrevista semiestruturada e a observação participante. Compôs o grupo de estudo, 18 mães de crianças menores de dois anos de idade (86% da população de referência cadastradas na ESF do referido município). Durante a realização de cada VD, que durava aproximadamente uma hora e quinze minutos, as mães eram primeiramente ouvidas, a fim de se estimular a expressão e o reconhecimento das dúvidas, sensações e anseios em relação à prática alimentar, além de se avaliar, mensalmente, a antropometria do binômio mãe-filho (o peso, o comprimento e a estatura). Em seguida, as mães eram cuidadosamente aconselhadas acerca da alimentação materna e infantil, higiene e manipulação dos alimentos, além de serem orientadas em relação ao uso dos materiais educativos (folders, cartilhas, livro de receitas) desenvolvidos pelos pesquisadores especificamente para este estudo. Identificou-se também os aspectos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável, a rede social das mulheres-mães e compreendeu-se a influência desta rede na prática da alimentação complementar saudável, além de se identificar e compreender, sob a ótica materna, os significados da alimentação complementar como parte do cuidado nos primeiros dois anos de idade da criança. Em relação aos aspectos facilitadores e dificultadores, os achados do presente estudo apontam o acolhimento, a prática do aleitamento materno e do aconselhamento nutricional, a confiança, a utilização de materiais educativos, as visitas domiciliares, o

vínculo e a inserção materna no mercado de trabalho como facilitadores da alimentação complementar. Quanto aos dificultadores, encontrou-se o consumo de leite de vaca e de alimentos ultraprocessados, a consistência e a rejeição pelos alimentos, a permanência da criança em creches, os mitos e crenças que permeiam a alimentação infantil e a rede social. Alguns fatores foram considerados tanto facilitadores como dificultadores: a escolaridade materna e a renda familiar. Quanto à rede social, esta se mostrou tanto como uma rede de apoio, quanto geradora de conflitos. Embora as mães ofereçam alimentos saudáveis a seus filhos, alguns membros desta rede, em especial avós, avôs e amigos foram os principais responsáveis pela oferta de alimentos não saudáveis, como refrigerantes, cafés, doces e frituras. Pais, as próprias mães, tios, profissionais de saúde e as creches foram os responsáveis pela multiplicação da prática da alimentação infantil saudável. Em relação às representações sociais, estas foram construídas sob a perspectiva de cinco dimensões, que conformam a totalidade dos significados atribuídos acerca da alimentação infantil: dimensão do cuidado, dimensão da socialização, dimensão dos mitos e crenças acerca da prática alimentar infantil, dimensão do processo saúde-doença-adoecimento e dimensão econômica. Considerando a percepção das mulheres-mães sobre aconselhamento nutricional observa-se que as diferentes técnicas e instrumentos utilizados ao longo do estudo constituíram-se elementos essenciais para a capacitação destas mulheres para o aumento do poder de decisão acerca dos alimentos oferecidos às crianças menores de dois anos de idade.

ABSTRACT

CAMPOS, Aline Aparecida de Oliveira, Universidade Federal de Viçosa, February, 2013. **Nutritional counseling for the promotion of healthy nutrition for children and mothers in the Family Health Strategy: the importance of home visits.** Advisor: Rosangela Minardi Mitre Cotta. Co-Advisors: Julicristie Machado de Oliveira and Raquel Maria Amaral Araújo.

The recommendations on infant feeding healthy stress the importance of exclusive breastfeeding for the first six months of life and continued breastfeeding after early complementary feeding up to two years of age or older. Thus, nutritional counseling targeted to mothers of children under two years of age assumes an essential role to ensure the satisfactory development, introducing the food properly, providing means for the child to reach their biological potential. In this context, this study aimed to understand the perception of women-mothers about the nutritional advice of complementary feeding by inserting Family Health Strategy (FHS) through home visits (VD). This is a qualitative study, carried out in Viçosa, Minas Gerais, whose data collection was through VD monthly during the months of March 2011 to September 2012, using techniques such as the semi-structured interview and observation participant. Composed the study group, 18 mothers of children under two years of age (86% of the reference population enrolled in the FHS of the municipality). During the performance of each VD, which lasted about an hour and fifteen minutes, mothers were first heard in order to stimulate the expression and recognition of doubts, feelings and desires in relation to feeding practices, and evaluate monthly, anthropometry of the mother-child (weight, length and height). Then the mothers were carefully counseled about maternal and child nutrition, hygiene and food handling, and are oriented in relation to the use of educational materials (brochures, booklets, cookbook) developed by the researchers specifically for this study. We also identified the advantages and constraints of the practice of healthy complementary feeding, the social network of women-mothers and understand the influence of this network in the practice of healthy complementary feeding, as well as to identify and understand the perspective mother, the meanings of complementary feeding as part of care in the first two years of the child's age. Regarding the advantages and constraints, the findings of this study indicate the reception, breastfeeding and nutritional counseling, the confidence, the use of educational materials, home visits, maternal bonding and inclusion in the labor market as facilitators of complementary feeding. As for hindering, met the consumption of cow's milk and food ultraprocesados, consistency and rejection by food, the permanence of children in nurseries, myths and beliefs that permeate infant feeding and social network. Some factors that complicate both as facilitators: maternal education and family income. As for the social network, it proved as both a support network, as conflict-generating. Although mothers deliver healthy foods to their

children, some members of this network, particularly grandmothers, grandfathers and friends were the main responsible for providing unhealthy foods like soda, coffee, sweets and fried. Fathers, their mothers, uncles, health professionals and nurseries were responsible for the proliferation of the practice of infant feeding healthy. In relation to social representations, these were built from the perspective of five dimensions that make up the totality of meanings about infant feeding: dimension of care, socialization dimension, size of myths and beliefs about infant feeding practice, the process dimension health, disease, illness and economic dimension. Considering the perception of women-mothers about nutrition counseling is observed that the different techniques and tools used throughout the study constituted essential elements for training these women to increase the power of decision about the food offered to children under two years of age.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está apresentada em forma de artigos, sendo composta de 1 artigo de revisão e de 3 artigos originais, conforme se descreve a seguir:

ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Artigo de revisão:

- **Artigo 1** – Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Artigos originais:

- **Artigo 2** - Fatores facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável: sensibilizando nossa escuta para a voz das mulheres-mães
- **Artigo 3** - Prática alimentar de crianças menores de dois anos de idade: a influência da rede social das mulheres-mães
- **Artigo 4** – Representações Sociais de mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade: compreendendo a percepção materna acerca da alimentação infantil.

1-INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses é tão importante quanto à introdução adequada de alimentos a partir dessa idade, denominada de alimentação complementar (SALVE e SILVA, 2009; FUZETO e OLIVEIRA, 2010). Essa pode ser entendida como a oferta de alimentos ou líquidos à criança, em adição ao leite materno (WHO 1998; BRASIL 2002), sendo introduzida quando o aleitamento materno não é suficiente para prover energia e nutrientes (CORREA, 2009; MORELLATO et al., 2009).

A introdução de novos alimentos é um período vulnerável para a formação de hábitos alimentares inadequados (BARBOSA et al., 2007; BERNARDI et al., 2009). Neste sentido, a preocupação em se ofertar à criança uma alimentação complementar saudável, é justificada pelo fato da mesma representar uma oportunidade para que a criança seja exposta a grande variedade de alimentos que irão formar as bases para hábitos alimentares saudáveis futuros, sendo estes influenciados por diversos fatores, dentre os quais merece destaque o papel exercido pela mãe, pois é a principal referência nos cuidados à criança (STEFANELLO, 2008; CAETANO, 2010). A mulher, no contexto das políticas públicas de saúde, destaca-se devido à sua característica de cuidadora e de maior preocupação com a saúde, tanto individual quanto da família (DIAS et al., 2007; CASTRO et al., 2008). Os cuidados maternos são essenciais para a saúde da criança e podem sofrer influência do tempo de que a mãe dispõe para cuidar de seu filho, dos indivíduos que fazem parte do seu convívio social, do modo como ela percebe e interpreta o mundo em que vivem, das condições socioeconômicas e da qualidade das informações acerca da alimentação da criança (CORREA et al., 2009; SALVE e SILVA, 2009; MARQUES et al., 2010). Neste sentido, realizar atividades de aconselhamento nutricional direcionados ao grupo materno-infantil configura-se como excelente estratégia na (re)construção dos hábitos alimentares e promoção de estilos de vida saudáveis (GABRIEL et al., 2008; CARVALHO et al., 2010), proporcionando além de conhecimentos acerca da

alimentação, mudanças comportamentais significativas que melhoram a qualidade de vida da população (RODRIGUES et al.,2005; DEMINICE et al., 2007).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como um espaço de vital importância para o desenvolvimento de ações educativas, por permitir maior proximidade entre profissionais, famílias e comunidade. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como importante meio para a implementação e organização da APS, salientando-se o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1998; GOMES et al., 2011). A ESF é constituída por uma equipe multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Outros profissionais como fisioterapeuta, dentista, psicólogo e nutricionista também podem atuar na ESF, embora não seja exigência para implantação e funcionamento da mesma. Segundo Geus et al., (2011) a inserção do nutricionista na equipe da ESF é justificada pela sua formação acadêmica, que o capacita a realizar o diagnóstico nutricional da população de maneira a propor orientações alimentares necessárias e adequadas aos hábitos da unidade familiar, ao meio cultura, levando em consideração a disponibilidade de alimentos.

Nesta perspectiva, merece destaque a Visita Domiciliar (VD), uma vez que se mostra como excelente ferramenta de atenção e cuidado à saúde da família e é apontada como eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade (LOPES et al., 2008). Para Azeredo et al., (2007) a VD constitui importante instrumento na ESF, uma vez que identifica os determinantes do processo saúde-doença-adoecimento percebidos no ambiente familiar, possibilitando assim a promoção da saúde por meio da educação em saúde. Esta, por sua vez, é entendida como recurso pelo qual o conhecimento científico produzido no campo da saúde atinge a vida cotidiana dos indivíduos por meio da interação com os profissionais de saúde, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde,

uma vez que possibilita a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença-adoecimento (ALVES, 2005).

2 - JUSTIFICATIVA

Considerando-se que os dois primeiros anos de vida representam um período crítico de vulnerabilidade no que se refere à saúde da criança, destaca-se o período de introdução da alimentação complementar, por ser uma etapa que, com frequência, conduz a uma nutrição inadequada, o que pode resultar em diversas enfermidades ao longo da vida da criança (OLIVEIRA et al., 2006; SALDIVA et al., 2007; GARCIA et al., 2011).

Diante disso, é relevante a realização de um trabalho de aconselhamento nutricional com as mães das crianças menores de dois anos, e não apenas realizar trabalhos cujo foco é a criança, uma vez que, no contexto familiar de construção de hábitos alimentares, a figura materna tem-se mostrado fundamental para as escolhas alimentares da criança e conseqüentemente, da família como um todo (SALVE e SILVA, 2009). ROMANELLI (2006) destaca a importância da figura materna no contexto da alimentação familiar por vários motivos, dentre eles por serem as principais responsáveis não somente pelo controle, mas também na quase totalidade dos domicílios pelo orçamento doméstico, além de realizarem, na grande maioria das vezes, as compras e processamento de alimentos que serão utilizados, socializarem os filhos a aceitá-los, além de distribuírem os alimentos entre os componentes da família.

Destarte, é notória a importância de se inserir práticas adequadas de alimentação como um processo de construção social em torno da figura materna, devido à influência que os seus hábitos alimentares têm na formação do hábito alimentar dos membros da família, especialmente das crianças (STEFANELLO, 2008; CASTRO et al., 2008).

3-OBJETIVOS

3.1-Geral:

- Compreender a percepção das mulheres-mães sobre o aconselhamento nutricional da alimentação complementar através da inserção do nutricionista na ESF por meio de visitas domiciliares.

3.2-Específicos:

- Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável;
- Aconselhar as mulheres-mães sobre práticas alimentares saudáveis;
- Identificar a rede social das mulheres-mães na prática da alimentação complementar;
- Compreender a influência que a rede social das mulheres-mães exerce em relação à alimentação complementar saudável;
- Compreender, sob a ótica materna, os significados da alimentação complementar como parte do cuidado nos primeiros 2 anos de idade da criança.

4 - MÉTODOS

4.1- Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais (Figura 1). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Viçosa conta com uma população de 72.220 habitantes, sendo 67,3% residentes em zona urbana, e uma extensão territorial de 299 km².

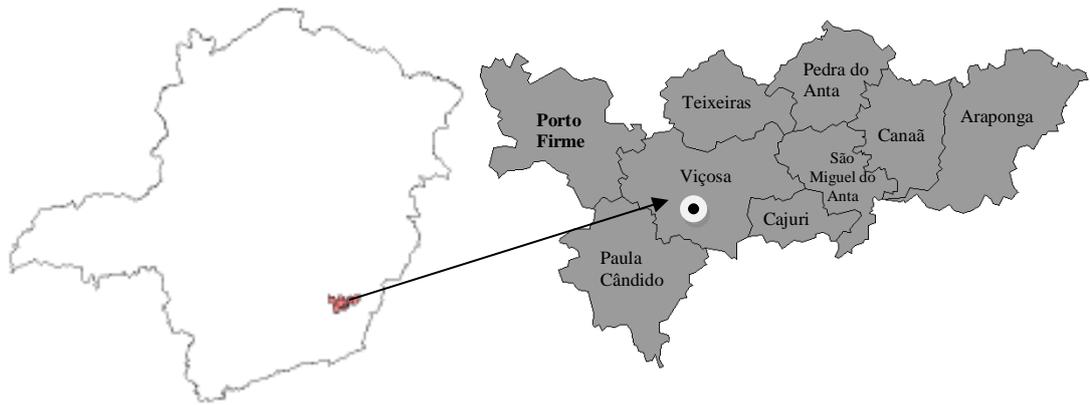


Figura 1. Localização do Município de Viçosa, MG, Brasil.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

O município fica distante 255 km da capital Belo Horizonte e sua sede têm altitude média de 648,74 m. O Produto Interno Bruto *per capita* é 7.704,50 reais, e o número de nascidos vivos registrados é 952 (IBGE, 2010). Segundo os últimos dados disponíveis no DATASUS a taxa de mortalidade infantil foi de 12,4/1000 nascidos vivos (DATASUS, 2011)

Segundo dados de 2010 o município conta com 32 estabelecimentos de saúde pertencentes ao SUS (IBGE, 2010). Dados de novembro de 2012 informam que, destes estabelecimentos, existem atualmente 15 UAPS e 13.903 famílias cadastradas na APS (DATASUS, 2012).

4.2 - Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, por estar relacionado a compreensão dos significados e o modo como as pessoas compreendem o mundo em que vivem (MINAYO, 2007). Os dados foram coletados durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, totalizando 18 meses.

4.3 - Sujeitos

A população de interesse para o estudo foi composta por 18 crianças entre 6 e 24 meses de idade, bem como suas respectivas mães, cadastradas em 8 UAPS da ESF do município de Viçosa, M.G., residentes nos seguintes bairros: Barrinha (n=2); Bom Jesus (n=2); Cachoeira de Santa Cruz (n=1); Laranjal (n=3); Santo Antônio (n=2); São José do Triunfo (n=2); São José (n=1); Silvestre (n=2); Nova Viçosa (n=2); e Novo Silvestre (n=1).

A seguir, encontra-se o mapa do município de Viçosa com os bairros que fizeram parte do presente estudo (Figura 2)

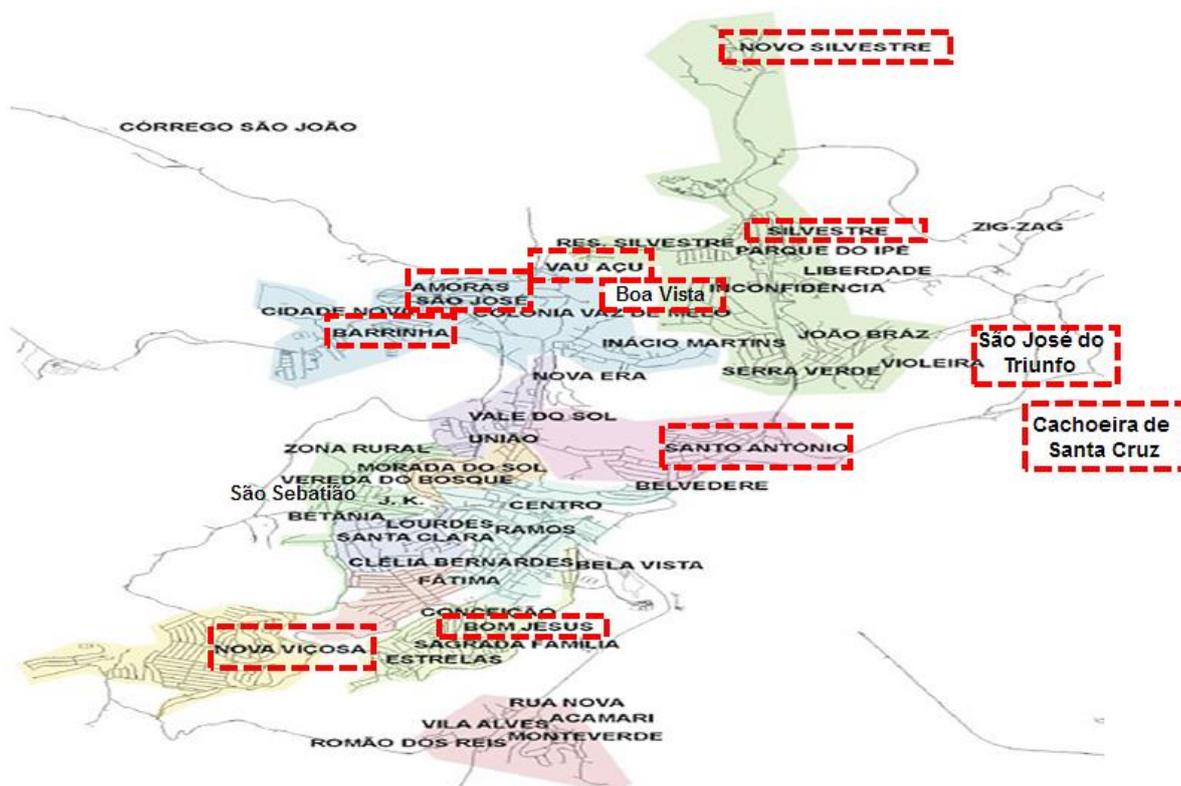


Figura 2: Localização dos bairros que compuseram o presente estudo, Viçosa, MG

Fonte: Retrato Social de Viçosa, 2010.

4.4 - Critérios de seleção do estudo

O binômio mãe-filho faz parte de um estudo maior, iniciado por Reis (2011) os quais, também por meio da VD, foram acompanhados mensalmente, desde o oitavo

mês de gestação até o sexto mês de vida criança. Para compor o quadro do estudo, foram contatadas todas as gestantes cadastradas na ESF de Viçosa cuja Data Provável do Parto estivesse situada entre a primeira semana de agosto e a segunda de setembro de 2010, totalizando 22 gestantes que participaram do referido estudo. Destas, 82% (n=18) aceitaram continuar o acompanhamento por meio das VD, compondo, portanto, a população do presente estudo.

4.5 - Coleta de dados

A *descrição sistemática* da coleta dos dados do estudo está apresentada no Apêndice I. Foram realizadas visitas domiciliares (VD) mensais, através das quais se identificou a percepção das nutrizes sobre o acompanhamento nutricional.

Para a coleta dos dados, técnicas distintas e complementares foram utilizadas, como a entrevista semiestruturada, a utilização de questionários fechados e a observação participante. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, após o consentimento das mulheres-mães. Utilizou-se, de forma complementar, anotações realizadas pela pesquisadora em um Diário de Campo.

4.5.1- Descrição da Intervenção

Foi considerada como intervenção a prática do aconselhamento nutricional realizada por meio de VD *mensais*, ao longo de 18 meses ininterruptos. As atividades oferecidas ocorreram individualmente, de acordo com as particularidades e necessidades encontradas em cada domicílio, em um ambiente favorável ao diálogo e à troca de saberes entre a pesquisadora e a mulher-mãe, preferencialmente no período da tarde (uma vez que o maior número de atividades domésticas destas mulheres concentrava-se no período da manhã, o que inviabilizava, portanto, a realização das VD neste período do dia).

4.5.1.1-Acompanhamento Nutricional Infantil

Durante a realização de cada VD, que durava aproximadamente uma hora e quinze minutos, as mães eram primeiramente ouvidas em suas motivações e angústias em relação ao cuidado infantil – o objetivo era dar voz as mães estimulando a expressão e reconhecimento das dúvidas, sensações, anseios, satisfações e insatisfações. Em seguida, as mães eram cuidadosamente aconselhadas sobre a alimentação complementar saudável, higiene e manipulação dos alimentos, além de serem orientadas em relação ao uso dos materiais educativos que foram desenvolvidos pelos pesquisadores especificamente para este estudo.

Após esse momento de escuta ativa, realizava-se a avaliação antropométrica das crianças. Foram aferidos, mensalmente, o peso e o comprimento infantil. As crianças foram pesadas em uma balança eletrônica (figura 3), com capacidade de 199,95 kg e precisão de 50g, sem as roupas, os calçados e as fraldas, juntamente com as mães. Em seguida, pesava-se a mãe e descontava o valor encontrado para se obter o peso infantil. Vale ressaltar que foram realizadas três aferições da mãe juntamente com a criança e três aferições somente da mãe, em cada VD, a fim de se obter dados precisos.



Figura 3: Balança utilizada para a aferição do peso infantil durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, Viçosa, MG.

O comprimento infantil foi aferido utilizando-se um antropômetro portátil (Figura 4), com capacidade de 121,5cm e precisão de 0,1cm, constituído por um adaptador para encosto da cabeça acoplado à coluna de madeira desmontável contendo fita milimetrada e cursor para leitura.



Figura 4: Infantômetro utilizado para a aferição do comprimento infantil durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, Viçosa, MG.

A criança foi colocada deitada, descalça e com a cabeça apoiada sob a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto, queixo afastado do peito e corpo apoiado. Paralelamente, seu joelho foi cuidadosamente flexionado para baixo, para que a criança ficasse estendida, sendo possível assim deslocar a parte móvel do equipamento para aferição do comprimento. Obtidos estes dados antropométricos, foi efetuada a classificação do estado nutricional das crianças de acordo com as curvas (ANEXO I) de Peso/Idade, Comprimento/Idade, Peso/Comprimento e IMC/Idade de meninos e meninas, em escore-z seguindo os critérios estabelecidos pela WHO (2006) – conforme descrito no Quadro 1 .

Quadro 1. Classificação do estado nutricional de crianças.

Valores críticos	Diagnóstico Nutricional
PESO/IDADE	
< Escore-z -3	Peso Muito Baixo para a idade
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Peso Baixo para a idade
≥ Escore-z -2 e < Escore-z +2	Peso Adequado ou Eutrófico
≥ Escore-z +2	Peso elevado para a idade
COMPRIMENTO/IDADE	
< Escore-z -2	Baixa Estatura para a idade
≥ Escore-z -2	Estatura Adequada para a idade
PESO/COMPRIMENTO	
< Escore-z -2	Peso baixo para a estatura

\geq Escore-z -2 e $<$ Escore-z + 2	Peso Adequado ou Eutrófico
\geq Escore-z +2	Peso elevado para a estatura
IMC/IDADE	
$<$ Escore-z -2	Baixo IMC para idade
$>$ Escore-z -2 e $<$ Escore-z + 1	IMC Adequado ou Eutrófico
\geq Escore-z +1 e $<$ Escore-z + 2	Sobrepeso
\geq Escore-z +2	Obesidade

Fonte: WHO, 2006

Após a classificação, as mães foram devidamente esclarecidas em relação ao estado nutricional infantil. A pesquisadora explicava à elas o que significava cada traço marcado nas curvas de desenvolvimento da criança, em um momento de diálogo, o qual foi possível, *ouvi-las* em suas dúvidas, satisfações e emoções acerca do cuidado infantil, além de se identificar os possíveis motivos para um desenvolvimento infantil insatisfatório.

Em seguida, os dados antropométricos, foram devidamente anotados em uma “*Caderneta de Saúde da Criança*” (Apêndices II-a e II-b), elaborada pela equipe de pesquisadores do presente estudo, o qual foi entregue à mulher-mãe durante a realização da primeira VD, ficando, portanto, sob seus cuidados. Foram confeccionados dois tipos diferentes de caderneta: uma específica para as crianças do sexo feminino e outra para as do sexo masculino. Por meio deste instrumento, a mulher-mãe teve registrado, por 18 meses consecutivos, dados da criança como idade, peso, comprimento, presença ou não do aleitamento materno, data e horário da próxima VD (que normalmente ocorria no mês seguinte, porém, dependendo da realidade e necessidade encontrada pela pesquisadora, agendava-se a próxima VD entre uma semana a 15 dias), além de se registrar o peso materno mensal. Um aspecto importante mencionado pelas próprias mulheres-mães em relação a este instrumento refere-se ao fato das mesmas poderem levar esta Caderneta, com os dados da criança, para outros profissionais de saúde (médicos e enfermeiros da ESF, além de médicos com consultórios particulares da cidade), permitindo com que estes

profissionais obtivessem o histórico mensal destas crianças em relação ao peso, comprimento e presença/ausência de aleitamento materno.

Os dados antropométricos foram anotados também, mensalmente, em um *Prontuário de Acompanhamento Nutricional Infantil* (Apêndice III). Este instrumento permaneceu durante os 18 meses sob os cuidados e a responsabilidade da pesquisadora, sendo levado em cada VD para atualizações. Além de se ter registrado, mensalmente, o peso e o comprimento infantil, por meio deste instrumento foi possível registrar dados referentes a exames bioquímicos (solicitados por profissionais de saúde que cuidavam destas crianças, em especial da ESF), além de aspectos referentes à alimentação, amamentação e ao uso de medicamentos/suplementos. Este instrumento foi adaptado do Formulário de Acompanhamento Materno-Infantil adotado pelo Programa de Apoio à Lactação (Prolac) da Casa de Caridade de Viçosa – Hospital São Sebastião (HSS, 2011).

Foi elaborado também um roteiro para *Acompanhamento da Alimentação Complementar*, adaptado de GARCIA (2009) (Apêndice IV). A utilização deste instrumento teve por finalidade identificar os alimentos oferecidos às crianças, a forma de preparo e o modo como eram oferecidos, bem como acompanhar a evolução da prática alimentar infantil em relação ao mês anterior. Vale mencionar que este instrumento foi utilizado nas VD dos seis aos doze meses de vida da criança, pois, à partir de um ano de idade, a criança está apta a receber a alimentação da família. Importante salientar que o referido prontuário foi **preenchido após** a realização de cada VD, geralmente na residência da pesquisadora, no mesmo dia em que a VD ocorria. Após a realização da VD, ouvia-se toda a entrevista que acabara de acontecer, preenchia este instrumento e levava para a VD do mês seguinte, para comparar a evolução da alimentação infantil, ou seja: o roteiro preenchido referente a VD do sexto mês foi levado na VD de sete meses de vida da criança, com a finalidade de se acompanhar a evolução da alimentação infantil e assim sucessivamente, até a criança completar 1 ano de idade .

Foram elaborados também materiais educativos (folders), abordando os temas “*Alimentação Complementar: dos 6 meses aos 2 anos*”(Apêndice V), “*Saiba como preparar a papinha do seu bebê*” (Apêndice VI). Estes instrumentos não foram apenas entregues às mulheres-mães, mas sim cuidadosamente trabalhados individualmente durante as VD1 e VD2, em um processo de escuta e de esclarecimento de possíveis dúvidas.

Além destes materiais educativos, foi elaborado também um livro de receitas (Apêndice VII) intitulado “*Minhas Receitas*”, destinado ao preparo das refeições das crianças menores de dois anos e repassado às mulheres-mães durante a VD2. O objetivo da elaboração deste material foi o de ampliar as opções das mulheres-mães acerca do preparo das refeições das crianças menores de dois anos de idade.

4.5.2 - Acompanhamento Nutricional Materno

Assim como a criança menor de dois anos de idade, a mulher-mãe também recebeu acompanhamento nutricional por meio do presente estudo. Após o momento de escuta ativa e diálogo em relação à alimentação infantil, a pesquisadora direcionava a conversa com enfoque na mulher-mãe. Procurou-se (re)conhecer as características da alimentação desta mulher, quais alimentos eram os mais consumidos no domicílio, suas preferências e aversões e o por quê das suas escolhas alimentares.

Foram aferidos, mensalmente, o peso e a estatura materna. O peso materno foi obtido por meio de uma balança eletrônica (Figura 3), com capacidade de 150 Kg e divisão de 50g, sendo a participante posicionada no centro da balança, descalça, com o mínimo de roupas possível, com os pés juntos e os braços estendidos ao lado do corpo.

Em relação à estatura materna, utilizou-se um antropômetro portátil, com capacidade de 2,13 m e precisão de 1 mm, constituído por plataforma metálica e coluna de madeira desmontável, contendo fita milimetrada e cursor para leitura (Figura

5). A mulher-mãe foi colocada em posição ereta, descalça, com as costas fixas no marcador, calcanhares unidos e olhando para o horizonte.



Figura 5: Antropômetro utilizado para a aferição da estatura materna, durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, Viçosa, Minas Gerais.

Após a obtenção dos dados *peso* e *estatura*, foi calculado o IMC (índice de massa corporal) por meio da relação entre o peso e a estatura ao quadrado (P/E^2). O estado nutricional das mulheres foi obtido através a utilização dos pontos de corte de IMC propostos pela World Health Organization (WHO, 1995) - Quadro 2.

Quadro 2. Classificação do estado nutricional do adulto, segundo o IMC.

Classificação	IMC
Baixo Peso	< 18,5
Eutrofia	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade grau I	30,0 – 34,9
Obesidade grau II	35 – 39,9
Obesidade grau III	≥ 40,00

Fonte: WHO, 1995

Em se tratando de adolescentes, obteve-se a classificação do estado nutricional por meio da avaliação dos índices IMC/Idade e Estatura/Idade nas curvas (Anexo I) em Escore-z estabelecidos pela WHO (2007) – conforme mostra o Quadro 3.

Quadro 3. Classificação do estado nutricional de adolescentes.

Valores críticos	Diagnóstico Nutricional
IMC/IDADE	
< Escore-z -2	Baixo IMC para idade
> Escore-z -2 e < Escore-z + 1	IMC Adequado ou Eutrófico
> Escore-z +1 e < Escore-z + 2	Sobrepeso
≥ Escore-z +2	Obesidade

ESTATURA/IDADE	
< Escore-z -2	Altura Baixa para a idade
≥ Escore-z +2	Altura Adequada para a idade

Fonte: WHO, 2007

Após a aferição mensal destas medidas antropométricas, as mesmas foram anotadas em um *Prontuário de Acompanhamento Materno* (Apêndice VIII), adaptado do formulário adotado pelo setor de nutrição da Divisão de Saúde (DAS) da UFV, utilizado em todas as VD realizadas.

Para a obtenção de dados referentes ao consumo alimentar materno, foram utilizados o *Questionário de Frequência do Consumo Alimentar* (QFCA), adaptado de Ribeiro et al., (2006) (Apêndice IX), o *Roteiro de Atendimento Clínico Nutricional* (Apêndice X), o *Recordatório 24h* (Apêndice XI) e a *Lista de Substituição dos Alimentos*, adaptada de PHILIPPI (1999) (Apêndice XII). Em relação ao QFCA, este foi utilizado em alguns domicílios durante a VD2 e em outros durante a VD3, conforme disponibilidade da mulher-mãe em respondê-lo. Transcorridos 12 meses (VD14 e VD15), foi solicitado às mulheres-mães que respondessem novamente este instrumento, a fim de se comparar o perfil alimentar destas mulheres ao longo de um ano.

Em relação ao *Roteiro de Atendimento Clínico Nutricional*, o *Recordatório 24h* e a *Lista de Substituição dos Alimentos*, estes foram utilizados em diferentes momentos ao longo do estudo, de acordo com a demanda encontrada durante as VD. Na maioria dos domicílios, estes instrumentos começaram a ser utilizados nas VD3.

Ainda, em relação ao aconselhamento nutricional materno, foi utilizado um folder intitulado *Alimentação e Estilo de Vida Saudáveis* (Apêndice XIII), o qual foi cuidadosamente trabalhado com as mulheres-mães, durante a VD3, VD4, VD5 ou VD6. A diferença encontrada em relação às VD pode ser explicada devido ao período de reconhecimento da necessidade de possíveis modificações por parte das mulheres-mães, além de que em alguns domicílios, embora elas reconhecessem a necessidade

de tais mudanças, não se encontravam motivadas o suficiente (em determinada VD) para as possíveis mudanças em relação à prática alimentar, o que ocorreu em VD posteriores.

4.5.3- Cultivo de Hortas Domiciliares e aproveitamento de frutas de épocas

Foram elaboradas e cultivadas hortas domiciliares em nove domicílios, em especial naqueles com condições socioeconômicas baixas. Os alimentos cultivados foram couve, taioba, salsinha, cebolinha, hortelã, jiló, alecrim, alface, almeirão e serralha. De entre estes alimentos, podemos observar, por meio da Figura 6, couve, cebolinha, salsinha e jiló.



Figura 6: Hortas cultivadas nos domicílios das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade, Viçosa, Minas, 2011-2012.

Além do cultivo de hortas domiciliares, as mulheres-mães foram incentivadas e encorajadas a aproveitar algumas frutas de época que existiam em seus quintais, como limões, goiabas, mexericas, romãs, laranjas ácidas e mamões. Durante as VD, por meio dos relatos das mulheres-mães, foi possível identificar que as mesmas não consumiam e nem preparavam para a família as frutas presentes nos quintais, fazendo com que se estragassem sem ao menos serem colhidas por ela, em especial os limões, as laranjas ácidas e as romãs. Após serem cuidadosamente aconselhadas em relação à importância destes alimentos no cotidiano das famílias, das preparações que podem ser realizadas com estes alimentos, além de alertá-las em relação ao aspecto econômico (não precisar adquiri-los em supermercados, o que resulta em economia

para elas), tais mulheres incluíram estes alimentos às refeições realizadas pela família.

4.5.4 - Identificação dos aspectos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável

Reconhecer os condicionantes da prática da alimentação complementar saudável é imprescindível para o direcionamento das ações em saúde destinado ao grupo materno infantil. Neste sentido, a fim de se identificar os aspectos facilitadores e dificultadores da alimentação complementar saudável, utilizou-se um *roteiro* com perguntas norteadoras (Apêndice XIV) durante as VD dos meses de março de 2011 a janeiro de 2012 (VD1 a VD11), além de observações e impressões registradas pela pesquisadora em seu Diário de Campo, adaptado de Ribeiro et al., (2009) (Apêndice XV), instrumento utilizado para descrever as percepções, dificuldades, obstáculos e sucessos da pesquisadora sobre as atividades desenvolvidas nos domicílios. Foram considerados como facilitadores todos aqueles fatores que contribuíram para que o processo da alimentação complementar fosse oportuno, adequado e seguro, enquanto que os dificultadores foram aqueles que impedem, em parte ou na totalidade, que esse processo ocorra (WHO, 2008).

4.5.5- (Re)conhecendo a Rede Social das mulheres-mães

A fim de se identificar e compreender a influência que a rede social das mulheres-mães exerceram em relação à prática alimentar infantil foram elaborados dois roteiros (Apêndice XVI-a e XVI-b), utilizados para a obtenção destas informações durante os meses de Abril a Junho de 2012 (VD14, VD15 e VD16).

4.5.6-Representações Sociais acerca da prática alimentar infantil

Buscou-se avaliar a percepção das mães de crianças menores de dois anos de idade em relação à prática do aconselhamento nutricional em relação à influência desta na experiência da mulher frente à alimentação complementar. Para essa etapa

foi elaborado um roteiro (Apêndice XVII), utilizado para obtenção destas informações durante a realização das VD17 e VD18, ou seja, durante os meses de Julho e Agosto. De forma complementar, utilizou-se as impressões e observações registradas no Diário de Campo, ao longo dos 18 meses de acompanhamentos mensais.

5 - Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da *Análise de Conteúdo*. O método consiste em “*um conjunto de técnicas de análises 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) dessas mensagens*” (Bardin, 2008, p. 44). A operacionalização da análise foi realizada de acordo as etapas descritas por Minayo (2007, p. 209): (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados obtidos, e (4) inferência e interpretação.

1) Pré-análise: objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias presentes no depoimento – apreensão do todo. Nesta fase, retomam-se as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao que foi coletado, caso seja necessário;

2) Exploração do material: consiste em identificar nas falas as unidades de significado – codificação, transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento – essencial para a fase posterior;

3) Tratamento dos resultados: visa agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança;

4) Inferência e interpretação: a partir do unidades de significação se propõem inferências e, então se interpreta o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador.

6 - Aspectos Éticos

As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos do estudo e, concordando em participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice XVIII). O trabalho foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos* da Universidade Federal de Viçosa – protocolo número 143/2011 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice XIX).

7-REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

AZEREDO, C.M.; COTTA, R.M.M.; SANT'ANA, L.F.R.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; LAMOUNIER, J.A.; PEDRON, F.A. Efetividade superior do esquema diário de suplementação de ferro em lactentes. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.2, p.230-239, 2010.

BARBOSA, M.B.; PALMA, D.; BATAGLIN, T.; TADDEI, J.A.AC. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev Nutr.**, v.20, n.1, p.55-62, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008. 225p.

BERNARDI, J.L.D.; JORDÃO, R.E.; BARROS FILHO, A.A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Rev Panam Salud Publica**, v.26, n.5, p.405-11, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CAETANO, M.C.; Ortiz, T.T.O.; SILVA, S.G.L.; SOUZA, F.I.S.; SARNI, R.O.S. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **J. Pediatr.**, v.86, n.3, p. 196-201, 2010.

CASTRO, L.M.C.; ROTENBERG, S.; DAMIÃO, J.; MALDONADO, L.A.; ROSADO, C.P.; BAPTISTA, N.O. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares. **Cad. Saúde Colet.**, v.16, n.1, p.83 - 98, 2008.

CARVALHO, A.P.; OLIVEIRA, V.B.; SANTOS, L.C. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de escola de Belo Horizonte, MG. **Pediatria**, v.32, n.1, p.20-27, 2010.

CORREA, E.N.; CORSO, A.C.T.; MOREIRA, E.A.M.; KAZAPI, I.A.M. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev. paul. pediatr.**, v.27, n.3, p. 258-264, 2009.

DATASUS - Sistema de Informação da Atenção Básica. **Indicadores e Dados Básicos, 2011**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/matriz.htm> . Acesso em: 03 jan. 2013.

DATASUS - Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastramento familiar**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/siabfMG.def> . Acesso em: 03 jan. 2013.

DEMINICE, R.; LAUS, M.F.; MARINS, T.M.; SILVEIRA, S.D.O.; DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E. Impacto de um programa de educação alimentar sobre conhecimentos, práticas alimentares e estado nutricional de escolares. **Alim Nutr.**, v.18, n.1, p.35-40, 2007.

DIAS, G; FRANCESCHINI, S.C.C.; REIS, J.R.R.; REIS, R.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; COTTA, R.M.M. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações

femininas do processo saúde-doença. **Hist Ciênc Saúde**, Manguinhos, v. 14, n. 3, p. 779-800, 2007.

FUZETO, K.L.R.; OLIVEIRA, A.C.L. Comparação da prática de aleitamento materno e alimentação complementar de entre mães adolescentes e adultas, Curitiba, PR. **Cader Escola de Saúde**, v.03, n.1, p.1-16, 2010.

GABRIEL, C.G.; SANTOS, M.V.; VASCONCELOS, F.A.G. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.8, n.3, p.299- 308, 2008.

GARCIA, M.T. **Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira**. 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

GARCIA, M.T.; GRANADO, F.S.; CARDOSO, M.A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad Saude Publica**, v.27, n.2, p.305-316, 2007.

GEUS, L.M.M.; MACIEL, C.S.; BURDA, I.C.A.; DAROS, S.J.; BATISTEL, S.; MARTINS, T.C.A.; FERREIRA, V.A.; DITTERICH, R.G. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Cienc Saud Colet**, v.16, n.1, p.797-804, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.575-626.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.1, p.881-892, 2011.

HSS - Casa de Caridade de Viçosa - Hospital São Sebastião. **A integração vital da medicina com o ser humano**. *Prolac*. Disponível em: <http://www.hssvicosa.com.br/principal.php?pag=prolac>. Acesso em: 20 dez. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Minas Gerais. Viçosa. 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 28 dez. 2012.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saúde**, v.7, n.2, p.241-247, 2008.

MARQUES, E. S.; COTTA, R.M.M.; BOTELHO, M.I.V.; FRANCESCHINI, S.C.C.; ARAÚJO, R.M.A.; LOPES, L.L. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis: Rev Saud Colet.**, v.20, n.1, p. 261-281, 2010

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 408p.

MORELLATO, A.; ALMEIDA, J.C.; CABISTANI, N. Avaliação da Introdução Precoce da Alimentação Complementar em Crianças de 0 a 24 Meses atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev HCPA**, v.29, n.2, p.133-138, 2009.

OLIVEIRA, V.A.; ASSIS, A.M.O.; PINHEIRO, S.M.C.; BARRETO, M.L. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.5, p.874-82, 2006.

PHILIPPI, S.T. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.**, v.12, n.1, p.65-80, 1999.

REIS, R.S. **No seio da vida: fatores facilitadores e dificultadores da praxis do aleitamento materno**. 2011. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição). Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

RIBEIRO, A. C.; SÁVIO, K.E.O.; RODRIGUES, M.L.C.F.; COSTA, T.H.M.; SCHMITZ, B.A.S. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. **Rev. Nutr.**, v.19, n.5, p. 553-562, 2006.

RIBEIRO, AG. **A problemática da adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial na atenção primária à saúde: (re) pensando estratégias de educação em saúde e nutrição**. 2010. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição). Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

RODRIGUES, E.M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M.C.F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev Nutr.**, v.18; n.1, p.119-128, 2005.

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

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

SALVE, J.M.; SILVA, I.A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta paul enferm.**, v.22, n.1, p.43-48, 2009.

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. 2008. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WHO - World Health Organization. **Physical Status: the use and interpretation of antropometry**. Geneva; 995. 47 p.

WHO - World Health Organization. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of a current scientific knowledge**. . Geneva; 1998. 248 p.

WHO - World Health Organization. **Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development.** Geneva; 2006. 312p.

WHO - World Health Organization. **Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents.** Geneva; 2007. 7p.

WHO - World Health Organization. **Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: report of proceedings.** Geneva; 2008. 74p.

ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

ARTIGO DE REVISÃO – ARTIGO 1

Disponível em

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11051

Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos

RESUMO

Este artigo teve como objetivo analisar criticamente o estado da arte da produção científica sobre as práticas do aconselhamento em alimentação da criança menor de dois anos de idade, discutindo sobre as potencialidades e obstáculos enquanto desafios estratégicos para a implementação de práticas de alimentação saudável. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, tendo como núcleo de interesse o aconselhamento em alimentação infantil. A maioria (58,1%) dos artigos analisados foi publicada entre 2008 e 2011. As ações educativas de aconselhamento em alimentação infantil foram direcionadas aos profissionais de saúde e aos cuidadores de crianças menores de dois anos de idade. Como potencialidades da prática do aconselhamento nutricional destacam-se: melhora no desempenho dos profissionais de saúde, adoção de práticas alimentares saudáveis pelos cuidadores e melhora no estado nutricional das crianças. Como obstáculos, ressalta-se: falta de capacitação dos cuidadores e profissionais quanto à alimentação complementar saudável e dificuldade quanto à prática do aconselhamento por profissionais de saúde. Essas evidências reafirmam a importância da incorporação de ações de aconselhamento em alimentação infantil, como práticas permanentes, às políticas de atenção à saúde da criança.

Palavras-chave: aconselhamento, alimentação complementar, aleitamento materno.

Nutritional counseling for children under two years of age: opportunities and obstacles as strategic challenges

ABSTRACT

This article aims to analyze critically the state of the art of scientific production on the practice of counseling in nutrition of infants younger than two years of age, discussing about the potential and obstacles while strategic challenges for implementing practices of healthy nutrition. It is a bibliographic study, having as the core interest the advice on infant nutrition. The majority (58.1 %) of the analyzed articles was published between 2008 and 2011. The educative actions of counseling on infant feeding were directed to health professionals and caregivers of children under two years of age. As potential of the practice of nutritional counseling stands out: improvement in the performance of health professionals, adopting healthy eating practices by caregivers and improvement in the nutritional status of the children. As obstacles, stands out: lack of training of caregivers and professionals about the healthy complementary feeding, difficulty regarding the practice of counseling by a health care professional. These evidences reaffirm the importance of incorporating the advice on infant feeding, as permanent practices, policies for child health care.

Keywords: counseling, complementary feeding, breastfeeding.

INTRODUÇÃO

As recomendações atuais sobre alimentação infantil saudável ressaltam a importância do aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida e a continuidade da amamentação, após o início da alimentação complementar, até os dois anos de idade ou mais.^{1,2,3}

Neste contexto, a orientação nutricional da criança assume papel imprescindível para garantir um desenvolvimento satisfatório introduzindo os alimentos adequadamente, propiciando à criança meios para que atinja o seu potencial biológico.^{5,6} Diante a importância em se orientar adequadamente cuidadores de crianças menores de dois anos de idade e profissionais de saúde quanto à prática da alimentação infantil, justifica-se a retomada dos estudos do aconselhamento nutricional, conceituado, em 1969, pela Associação Americana de Dietética, como a orientação profissional individualizada, com a finalidade de aconselhar as pessoas quanto à prática da alimentação saudável, a fim de se atender às necessidades nutricionais⁷. Neste sentido, o aconselhamento nutricional se mostra como importante estratégia educativa que precisa ser resgatada, a fim de redimensionar a atuação do nutricionista junto ao indivíduo que necessita mudar e/ou reorientar seu comportamento alimentar.⁸

Estudos mostram que a aconselhamento nutricional é uma excelente estratégia na (re)construção dos hábitos alimentares e promoção de estilos de vida saudáveis^{9,10,11}, proporcionando, além de conhecimentos acerca da alimentação, mudanças comportamentais significativas que melhoram a qualidade de vida da população.^{8,12,13} Trabalho realizado por Santos et al.¹⁴ revelou que o aconselhamento nutricional oferecido após capacitação dos profissionais de saúde associou-se à melhora no desempenho das práticas maternas, bem como ao crescimento infantil. Bassichetto e Rea¹⁵ destacam a importância de se incorporar atividades de aconselhamento em alimentação infantil às políticas de atenção à saúde da criança como práticas permanentes, reafirmando, portanto, a preocupação com a educação permanente. Os

cursos de aconselhamento promovidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) propõem o uso de técnicas que podem facilitar a comunicação, estimulando assim, o processo de educação. Estudos já apontaram vantagens de capacitações na melhoria das práticas das mães e dos profissionais de saúde com relação à nutrição e alimentação infantil.^{14,16}

Desde esta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar criticamente o estado da arte da produção científica sobre as práticas do aconselhamento em alimentação da criança menor de dois anos de idade, discutindo sobre as potencialidades e obstáculos enquanto desafios estratégicos para a implementação de práticas de alimentação saudável.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, realizado por meio de uma revisão minuciosa da literatura científica, entre os meses de setembro a novembro de 2011, tendo como núcleo de interesse o aconselhamento em alimentação da criança menor de dois anos de idade. As informações sobre os estudos foram extraídas das revistas indexadas nas bases de dados em saúde Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), e SciELO (Scientific Eletronic Library Online). Os termos utilizados nas buscas bibliográficas foram *aconselhamento, aconselhamento nutricional, orientação nutricional, aleitamento materno, alimentação complementar e alimentação infantil*.

No intuito de contemplar toda a produção científica referente às práticas do aconselhamento nutricional em alimentação da criança menor de dois de idade, o período de publicação não foi delimitado, sendo encontrados artigos publicados entre os anos de 1998 e 2011.

A busca inicial resultou em 1541 artigos que abordavam questões referentes ao aconselhamento em alimentação infantil. Em um primeiro momento, excluindo-se os repetidos por bases de dados, resultaram 1182 artigos. Posteriormente, foi realizado um refinamento a partir da leitura dos títulos e resumos a fim de selecionar os artigos

relacionados à temática em questão, que foram lidos integralmente. Foram desconsideradas publicações cujos dados foram coletados em outros países, sendo, portanto incluídos os artigos que apresentavam dados coletados no Brasil e revisões relevantes acerca do aconselhamento nutricional em alimentação da criança menor de dois de idade, totalizando, ao final, 29 artigos que foram analisados integralmente (Figura 1).

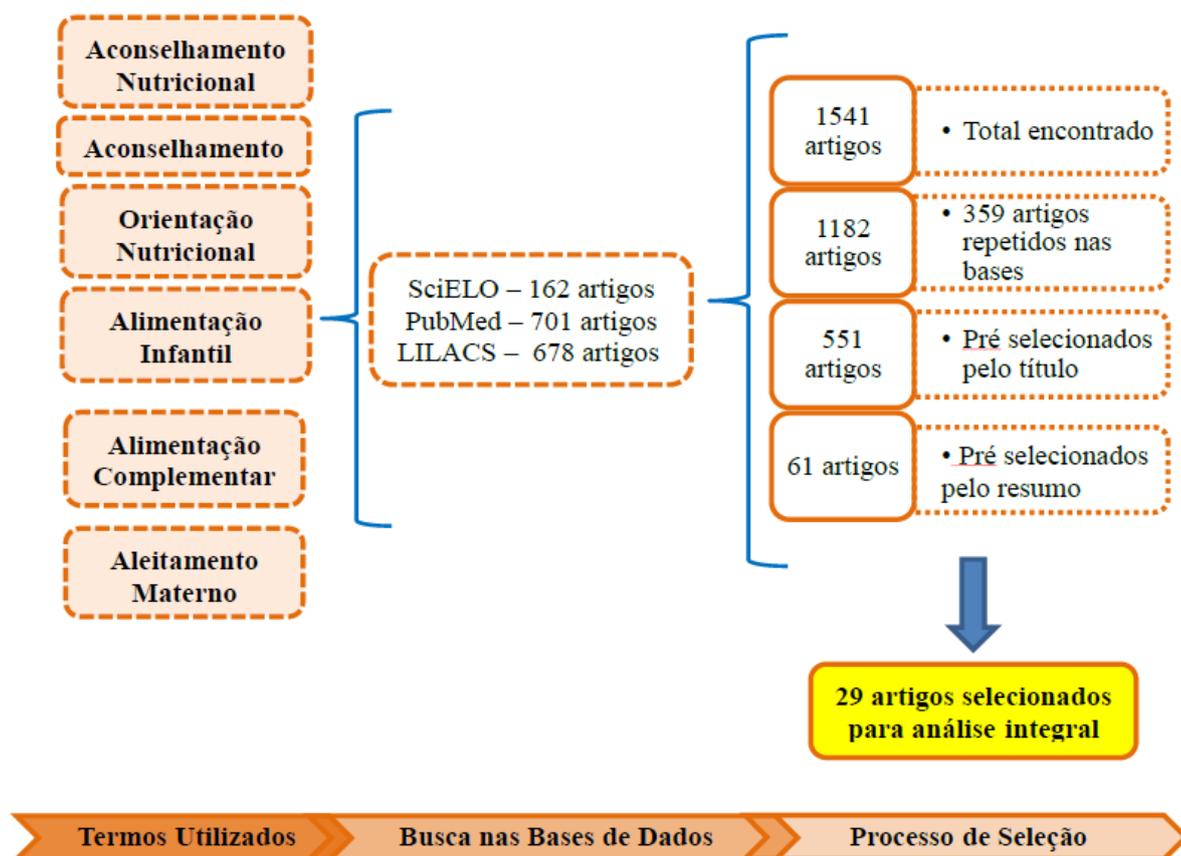


Figura 1 - Roteiro sistematizado para realização da pesquisa e seleção de artigos nas bases de dados do SciELO, Lilacs e Medline (2011).

Após leitura sistemática dos estudos, as potencialidades e obstáculos presentes nos estudos referentes ao aconselhamento nutricional em alimentação de crianças menores de dois anos de idade foram agrupados em categorias (Tabelas 1 e 2).

Por potencialidades consideramos todos os aspectos que contribuíram positivamente para a prática do aconselhamento nutricional, contribuindo direta ou indiretamente, para a melhora da qualidade de vida da população em estudo. Por outro lado, foram considerados como obstáculo todo e qualquer aspecto que contribuiu negativamente para o adequado desenvolvimento e multiplicação desta prática.

RESULTADOS

Os achados referentes à análise dos artigos apontam os originais correspondendo a 58,62% (n=17) e os estudos de revisão totalizando 41,38% (n=12) das publicações. Observa-se um aumento no número de publicações referentes à temática abordada entre os anos 1998 a 2011, quando no período de 2008-2011 houve um expressivo aumento do interesse pela temática (Gráfico 1).

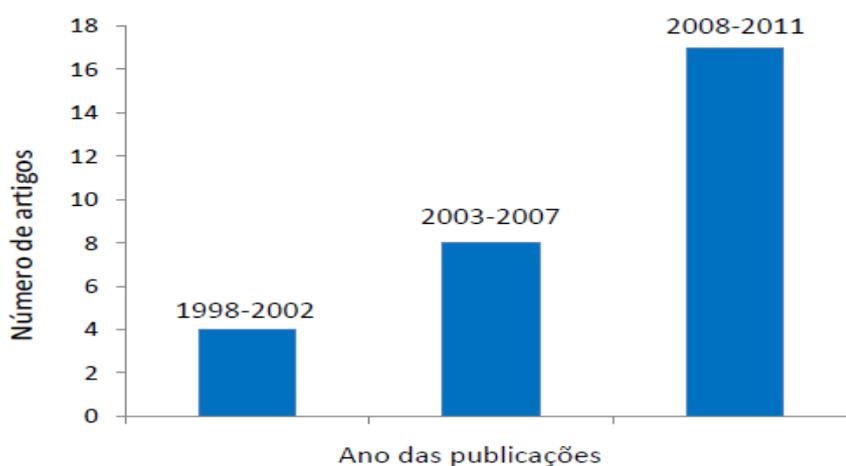


Gráfico 1: Publicações referentes ao aconselhamento nutricional em alimentação infantil (1998 a 2011).

Com relação ao grupo específico das ações de aconselhamento nutricional, observa-se uma predominância de estudos com ações educativas direcionadas aos profissionais de saúde ^{2,14,15,17-32}, seguidas dos estudos que têm como foco os cuidadores de crianças menores de dois anos de idade. ^{2,14,17,21,22,24,28,30,33-42}

Categorizando os achados em potencialidades da prática do aconselhamento nutricional em alimentação infantil, os estudos revelaram aspectos importantes, reforçando, portanto, a pertinência em se inserir práticas educativas em alimentação e nutrição. A análise dos estudos apontou como principais potencialidades da prática do

aconselhamento nutricional: melhora no desempenho dos profissionais de saúde quanto à prática do aconselhamento, bem como aumento no tempo de aleitamento materno exclusivo, melhora no estado nutricional das crianças menores de dois anos de idade quando comparados com período anterior ao aconselhamento e satisfação materna quanto às orientações recebidas; conforme pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1- Potencialidades da prática do aconselhamento nutricional em alimentação infantil presentes nos estudos analisados (1998 a 2011).

Potencialidades da prática do aconselhamento nutricional	Estudos
Melhora no desempenho do profissional de saúde quanto à prática do aconselhamento nutricional	1, 2, 3, 7, 9,11,12,16,17,19,28
Satisfação materna quanto às orientações recebidas	2, 6,14, 20, 34, 21, 22
Aumento do tempo de aleitamento materno exclusivo	4, 20, 21, 25
Adoção de práticas alimentares saudáveis pelos cuidadores	1, 2, 9, 14
Melhora no estado nutricional das crianças	1, 2, 9, 22, 27
Incentivo ao aleitamento materno por meio do aconselhamento realizado por profissionais de saúde	7, 14, 21, 23
Melhora no acolhimento/vínculo entre cuidadores e profissionais, favorecendo a relação profissional de saúde <i>versus</i> cuidador	6, 22, 28
Melhora no desempenho das respostas dos cuidadores	3, 20
Aconselhamento nutricional oferecido ao grupo controle após a pesquisa	2
Redução de hospitalizações após aconselhamento nutrição	22

Com relação aos obstáculos que permeiam a prática do aconselhamento nutricional infantil, os resultados nos forneceram dados importantes quanto ao direcionamento das ações dos serviços de saúde (Tabela 2).

Tabela 2- Obstáculos acerca da prática do aconselhamento nutricional em alimentação infantil segundo estudos presentes na literatura (1998 a 2011).

Obstáculos que permeiam a prática do aconselhamento nutricional	Estudos
Falta de capacitação dos cuidadores quanto à introdução precoce da alimentação complementar.	5,13,14,15,17, 24, 26, 29
Falta de capacitação dos profissionais de saúde quanto à prática da alimentação complementar saudável.	13,14,15, 22, 23, 25
Falta de capacitação dos cuidadores quanto à prática da alimentação complementar saudável.	5,13,15,17,29
Dificuldade quanto à prática do aconselhamento por profissionais de saúde (acolher/ouvir/conquistar confiança dos cuidadores)	2, 14
Divulgação insuficiente de materiais educativos pelos órgãos oficiais.	13

Dentre os principais aspectos observados, destaca-se a necessidade – ainda existente - de se capacitar profissionais de saúde para a realização do aconselhamento nutricional da criança menor de dois anos de idade.

DISCUSSÃO

O aconselhamento nutricional direcionado aos profissionais de saúde, mães e/ou cuidadores configura-se como estratégia fundamental para a melhoria das práticas alimentares infantis.^{10,43} Iniciativas têm sido implementadas a fim de requalificar profissionais de saúde para o aconselhamento.¹⁵ Dentre estas iniciativas, destacam-se o *Curso de Aconselhamento em Amamentação*⁴⁴, com o objetivo de capacitar profissionais de saúde em habilidades específicas de aleitamento materno; o *Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil*⁴⁵, com a finalidade de contribuir para a compreensão dos fatores que influenciam o aconselhamento, além de sistematizar as principais características que o aconselhador deve ter para tornar esta prática eficiente; a *Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)*⁴⁶ instrumento de fortalecimento das ações de apoio e promoção à

alimentação complementar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), além de incentivar a orientação alimentar infantil como atividade de rotina nos serviços de saúde; e o *Guia Alimentar para Crianças de 6 a 24 meses*⁴⁷, uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde com a Organização Panamericana da Saúde, o qual, além de propor a pirâmide alimentar para essa faixa etária, traz os dez passos para uma alimentação saudável. Os guias alimentares são ferramentas práticas, por orientarem a população acerca da alimentação, através de informações de estímulo à amamentação e introdução saudável da alimentação complementar, incluindo orientações referentes à variedade e a consistência adequada dos alimentos. A evidência científica aponta para a importância estratégica dos guias alimentares enquanto importante instrumento para atender os objetivos dos programas de aconselhamento nutricional, por facilitarem a aprendizagem, contribuindo assim para uma adequada conduta alimentar.^{45,48,49}

No presente estudo, identificamos uma maior proporção de trabalhos cujo foco foi a capacitação dos profissionais de saúde. De acordo com Santos et al.¹⁴, a capacitação destes profissionais com vistas a prover as recomendações alimentares é fundamental quando se espera melhorar o conhecimento e o comportamento materno. É necessário, portanto, que o profissional de saúde coloque em prática as inúmeras experiências vivenciadas, possibilitando uma reflexão crítica e contextualizada dentro da realidade de cada família.⁵⁰

Ainda em relação aos grupos específicos das ações de aconselhamento em alimentação infantil, a figura materna tem sido foco de inúmeros estudos. A mulher destaca-se, no contexto das políticas públicas de saúde, devido à sua característica de cuidadora e de maior preocupação com a saúde, tanto individual quanto familiar.^{51,52} Segundo Correa et al.⁵³, os cuidados maternos são essenciais para a saúde da criança e podem sofrer influência da qualidade das informações em saúde, da escolaridade e idade materna, além do tempo de que a mãe dispõe para cuidar de seu filho. Romanelli⁵⁴ reitera a importância deste grupo populacional no contexto da

alimentação familiar por vários motivos, dentre eles por serem as principais responsáveis não somente pelo controle, mas também na quase totalidade dos domicílios pelo orçamento doméstico, compras e processamento dos alimentos que serão utilizados, além de socializarem os filhos a aceitá-los e distribuírem os alimentos entre os componentes da família. Aconselhamentos de qualidade para mães e cuidadores e mudanças de comportamento de outros familiares são essenciais para melhora das práticas alimentares infantis e deve estar no centro das estratégias destinadas a este fim.¹⁰

O aconselhamento orientado ao grupo materno infantil, cuja atenção se estenda desde o acompanhamento recebido pela gestante durante o pré natal, enfatizando a importância da prática do aleitamento materno, passando pelo nascimento até o final da primeira infância, é recomendado como suporte às mães para a promoção da alimentação infantil adequada.^{55,56} De acordo com Oliveira et al.⁵⁶ o aconselhamento nutricional promove a prática do aleitamento materno, além de contribuir para a introdução adequada da alimentação complementar, mesmo em um grupo considerados vulneráveis, como o caso de mães adolescentes.

Assim, verifica-se a relevância de se realizar trabalhos de aconselhamento nutricional com as mães das crianças menores de dois anos, e não apenas realizar trabalhos cujo foco seja a criança, uma vez que, no contexto familiar de construção de hábitos alimentares, a figura materna tem-se mostrado fundamental para as escolhas alimentares da criança e conseqüentemente, da família como um todo.³⁹

O aconselhamento em alimentação infantil é uma forma de atuação que permite a interação entre o profissional de saúde e a mãe, em um processo de escuta, no qual procura compreendê-la em seus diferentes anseios, permitindo além da multiplicação de conhecimentos, o planejamento das ações e a tomada de decisões por parte da mãe.^{4,44,50}

No presente artigo, identificou-se as principais potencialidades da prática do aconselhamento, dentre eles a capacitação dos profissionais de saúde quanto às atividades direcionadas aos cuidadores das crianças menores de dois anos de idade, sobretudo as mães. O profissional de saúde deve apoiar as mães no processo de introdução de alimentos complementares, acolhendo-as e respeitando-as em suas particularidades, inquietações, dificuldades, conhecimentos prévios, êxitos e satisfações.¹⁵ Neste sentido, a ENPACS mostra-se como estratégia efetiva para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que as oficinas direcionadas aos profissionais de saúde da APS, habilita-os tutores em alimentação complementar, apoiando as famílias por meio do acompanhamento e orientação da alimentação saudável.⁴⁶ A fim de se obter informações a respeito das ENPACS e aperfeiçoar a sua implementação nos estados e municípios brasileiros, foram realizadas avaliações nas cidades de Santos e Brasília.⁵⁷ Os resultados apontaram que a metodologia crítico-reflexiva com enfoque problematizador adotada, permitiu a troca de experiências entre os diversos atores envolvidos nas oficinas de capacitação, possibilitando a construção do conhecimento a partir da realidade vivida por cada localidade. Ressaltou-se também a importância de se respeitar as crenças e saberes populares, e que estes devem ser levados em consideração ao se aconselhar as famílias em relação à prática da alimentação complementar saudável.

Rea e Venâncio¹⁶, em estudo realizado com profissionais de São Paulo, objetivando avaliar o Curso de Aconselhamento em Amamentação da OMS/UNICEF, mostrou melhora significativa em habilidades de aconselhamento. Porém, para que os mesmos passem a aplicar o aprendizado na prática, há necessidade de reforçar o manejo clínico da lactação e também de uma supervisão continuada. Bassichetto e Rea¹⁵ avaliaram o conhecimento e as práticas dos nutricionistas e médicos, submetidos ao Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil. Os resultados mostraram que o curso foi efetivo em aumentar os conhecimentos e as práticas de anamnese alimentar, porém não levou a uma melhora nas habilidades do aconselhamento, o que aponta para a necessidade de se implantar políticas de

educação permanente, destacando-se o papel estratégico das universidades na capacitação de profissionais dos serviços de saúde.⁵⁸

Em estudo realizado em São Paulo, Macedo⁵⁹, analisando a estratégia de capacitação em educação nutricional fornecida a educadores infantis de uma escola particular, encontrou aumento significativo no conhecimento destes após a intervenção, além de depoimentos de pais e alunos revelando mudanças positivas ocorridas no comportamento alimentar destes últimos.

Destarte, estudos têm focado a relação profissional-paciente como mediadora da qualidade do atendimento em saúde, incluindo iniciativas que incorporam habilidades de aconselhamento a fim de que o indivíduo se reconheça como sujeito de sua própria saúde e transformação.^{60,61}

Pesquisa realizada em São Paulo e Recife⁶² identificou que os profissionais de saúde conheciam melhor a teoria do que a prática sobre aleitamento materno. Em uma amostra de 58 pediatras, cinco enfermeiros, 24 auxiliares e quatro atendentes prestadores de serviços das Unidades de Atenção Primária em Saúde da cidade de Campinas e região, pôde-se concluir que as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde, de certa forma, refletiam àquelas recebidas durante o período de graduação e residência médica, sendo consideradas, portanto, como insuficientes em seu trabalho. Toma²⁴ reitera que o conhecimento e o domínio da técnica a ser utilizada pelos profissionais de saúde, embora importantes, não são suficientes para o empoderamento das mulheres-mães quanto à prática adequada da alimentação dos seus filhos.

Embora os profissionais de saúde estejam sensibilizados quanto à importância do aleitamento materno e têm conhecimentos teóricos sobre o tema, ainda apresentam dificuldades para resolução de questões práticas sobre o manejo da amamentação.⁵⁹ Em estudo realizado por Boog⁶³, médicos e enfermeiros relataram dificuldades para abordar as práticas alimentares, observando que a maioria dos médicos não estudou disciplinas que abordassem alimentação e nutrição,

considerando, portanto, seus conhecimentos insuficientes. Estes achados vão ao encontro da pesquisa realizada por Silva et al.⁶¹, que em estudo sobre concepção de profissionais de saúde sobre alimentação saudável, realizado a partir de entrevistas e questionários com os mesmos, revelou que alimentação saudável é um tema que está muito disseminado, porém não se sentem capacitados para realizarem tais orientações. A prática da saúde coletiva seria enriquecida ao se adotar uma noção de cuidado que perpassa as competências técnicas, não se restringindo a elas.⁶⁴ Segundo Toma²⁴, a OMS, ao propor os cursos de aconselhamento em alimentação infantil, procuram extinguir a distância entre a teoria apreendida e a prática existente. Estudos apontam os benefícios desses cursos de aconselhamento na melhoria das práticas das mães e dos profissionais de saúde com relação à nutrição e alimentação infantis.^{16,61}

Ao enfatizar-se a importância dos aconselhamentos nutricionais para a multiplicação de hábitos alimentares saudáveis, não se pode esquecer que os comportamentos alimentares estão envoltos por um forte sistema de crenças⁶⁵, devendo, portanto, serem consideradas nas atividades de aconselhamento nutricional. Em estudo realizado por Mennella et al.⁶⁶, a maioria das mães analisadas introduziu águas, chás e fórmulas infantis já na primeira semana de vida das crianças, embora estas mães já conhecessem os benefícios da amamentação exclusiva e a importância da adequada alimentação infantil, ficando evidente, portanto, a interferência das crenças, mitos e diferentes culturas nos comportamentos das mães em relação à alimentação de seus filhos. Ademais, ao se inserir práticas educativas de aconselhamento nutricional, o profissional deve estar consciente da importância de se basear na cultura alimentar da família, nos aspectos sociais e típicos da região, além dos mitos e crenças alimentares existentes.^{66,67,68}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos publicados entre 1998 e 2011, sobre a prática do aconselhamento em alimentação da criança menor de dois anos de idade, apontaram evidências que reafirmam a importância da incorporação de ações de aconselhamento em alimentação, como educação permanente dos profissionais de saúde e as políticas de atenção à saúde da criança.

O presente estudo evidenciou que, embora os obstáculos ainda existam e necessitam ser cuidadosamente trabalhados, a fim de se aprimorar o aconselhamento em alimentação da criança menor de dois anos de idade, as potencialidades presentes nesta prática superam esses entraves, evidenciando, portanto, a importância em inseri-las nas ações e serviços de saúde.

Destarte, compreender as potencialidades e os obstáculos que permeiam a prática do aconselhamento nutricional da criança menor de dois de idade é primordial quando se busca alternativas que visem aperfeiçoar a situação desta no país.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- 1-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 2-Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr* 2004; 80(5):131-141.
- 3-Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. São Paulo: IBFAN Brasil; 2005.
- 4-Sigulem DM, Taddei JAAC. Nutrição e alimentação nos dois primeiros anos de vida. São Paulo: Compacta Nutrição; 2004.
- 5-Vieira RW, Dias RP, Coelho SC, Ribeiro RL. Do aleitamento materno à alimentação complementar: atuação do profissional nutricionista. *Saude & Amb* 2009; 4(2):1-8.
- 6-World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles. WHO: Geneva, 2010. 59p.
- 7-Ling L, Sprag D, Stein P, Myers ML Guidelines for diet counseling. *J Am Diet Assoc* 1975; 66(6):571-575.
- 8-Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr* 2005; 18(1):119-128.
- 9-Gabriel CG, Santos MV, Vasconcelos FAG. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8(3):299-308.
- 10-World Health Organization. Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: report of proceedings. WHO: Geneva, 2008.
- 11-Carvalho AP, Oliveira VB, Santos LC. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de escola de Belo Horizonte, MG. *Pediatr* 2010; 32(1):20-27.
- 12-Davanço GM, Taddei JAAC, Gaglione CP. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a curso de educação nutricional. *Rev Nutr* 2004; 17(2):177-184.
- 13-Deminice R, Laus MF, Marins TM, Silveira SDO, Dutra-de-Oliveira JE. Impacto de um programa de educação alimentar sobre conhecimentos, práticas alimentares e estado nutricional de escolares. *Alim Nutr* 2007; 18(1):35-40.
- 14-Santos IS, Victora CG, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, Pelto G. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(1):15-29.
- 15-Bassichetto KC, Rea MF. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. *J Pediatr* 2008; 84(1):75-82.
- 16-Rea MF, Venâncio SI. Avaliação do curso de aconselhamento em amamentação OMS/UNICEF. *J Pediatr* 1999; 75(2):112-118.

- 17-Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(1):40-49.
- 18-Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr* 2000; 76(3):253-262.
- 19-Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr* 2004; 80(5):126-130.
- 20-Ciconi RCV, Venâncio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipe do Programa Saúde da Família, sobre o manejo de aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2004; 4(2):193-202.
- 21-Leite AM, Silva IA, Scochi CGS. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12(2):258-264.
- 22-Valle NJ, Santos IS, Gigante DP. Intervenções nutricionais e crescimento infantil em crianças de até dois anos de idade: uma revisão sistemática *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1458-1467.
- 23-Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais *Cad Saude Publica* 2007; 23(7):1674-1681.
- 24 Toma TS. Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores da saúde [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2008.
- 25-Vasconcelos ACCP, Pereira IDF, Cruz PJSC. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa-Paraíba. *Rev APS* 2008; 11(3):334-340.
- 26-Arimatea JE, Castro LMC, Rotemberg S. Práticas Alimentares de Crianças Menores de um Ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. *Ceres* 2009; 4(2):65-78.
- 27-Costa ARC, Teodoro TN, Araújo MFM. Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de revisão. *Comun Cienc Saude* 2009; 20(1):55-63.
- 28-Ferreira JV, Castro LMC, Menezes MFG. Alimentação no Primeiro Ano de Vida: a conduta dos profissionais de saúde e a prática exercida pela família. *Ceres* 2009; 4(3):117-129.
- 29-Bassichetto KC, Réa MF. Aconselhamento em alimentação infantil: contribuição para a discussão dos pressupostos teóricos. *Saude Colet* 2010; 42(7):189-194.
- 30-Dias MCP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev Nutr* 2010; 23(3):475-486.
- 31-Silva CM, Basso DF, Locks A. Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal. *Rev Sul Bras Odontol* 2010; 7(4):458-65.
- 32-Galvão DG. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(2):308-314.

- 33-Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SCC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB, et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(5):461-470.
- 34-Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14(1):17-24.
- 35-Santos I, Cesar JA, Minten G, Marco PL, Valle N. Efetividade do aconselhamento nutricional da Pastoral da Criança sobre a variação de hemoglobina entre menores de seis anos de idade. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):130-140.
- 36-Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev Nutr* 2008; 21(3):293-302.
- 37-Pelegrin RCP. O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
- 38-Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW; Silveira RB. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2008; 8(3):275-284.
- 39-Salve JM, Silva IA. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. *Acta paul enferm* 2009; 22(1):43-48.
- 40-Bortolini GA, Fisberg M. Orientação nutricional do paciente com deficiência de ferro. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2010; 32(2):105-113.
- 41-Moreira PVL, Freitas CHSM. Educação em saúde nos cenários de prática dos estudantes de nutrição. *Rev APS* 2010; 13(4):500-504.
- 42-Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):305-316.
- 43-Verrall T, Gray-Donald K. Impact of a food-based approach to improve iron nutrition of at-risk infants in northern Canada. *Prev Med* 2005; 40(6):896– 903.
- 44-World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993.
- 45-World Health Organization. Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Geneva: WHO; 2006.
- 46-Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do Tutor / Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 47-Pan American Health Organization/World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. Washington/Geneva; 2003.

- 48-Barbosa RMS, Salles-Costa R, Soares EA. Guias alimentares para crianças: aspectos históricos e evolução. *Rev Nutr* 2006; 19(2):255-263.
- 49-Barbosa RMS, Colares LGT, Soares EA. Desenvolvimento de guias alimentares em diversos países. *Rev Nutr* 2008; 21(4):455-467.
- 50-Bassichetto KC, Rea MF, Donato AF. Atualização profissional em aconselhamento em alimentação infantil: uma experiência de avaliação. *Bol Inst Saude* 2009;(48):41-45.
- 51-Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6):365-373.
- 52-Dias G, Franceschini SCC, Reis JRR, Reis RS, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2007; 14(3):779-800.
- 53-Correa EM, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr* 2009; 27(3):258-264.
- 54-Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medic* 2006; 39(3):333-339.
- 55-Roida S, Hassi A, Maoulainine FM, Aboussad A. Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité universitaire de Marrakech (Maroc). *J Pediatr Pueric* 2010; 23(2):70-75.
- 56-Oliveira LD, Giugliani ERJ, Santo LCE, Nunes LM. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Hum Dev* 2012; 88(6):357-361.
- 57- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim ENPACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 58- Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30(5):415-421.
- 59-Macedo IC. Capacitação para educação nutricional dirigida a professores de um curso de educação infantil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
- 60-Kerr FRM. A relação médico-paciente e a qualidade do atendimento médico. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2000.
- 61-Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1367-1377.
- 62-Panigassi G. Profissionais de saúde: conhecimento e conduta em aleitamento materno [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2000.
- 63-Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr* 1999; 12(3):261-272.

64-Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.

65-World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. WHO: Geneva, 2002.

66-Mennella JA, Turnbull B, Ziegler PJ, Martinez H. Infant feeding practices and early flavor experiences in Mexican infants: an intra-cultural study. *J Am Diet Assoc* 2005; 105(6):908-915.

67-Ziegler P, Hanson C, Ponza M, Novak T, Hendricks K. Feeding Infants and Toddlers Study: Meal and Snack Intakes of Hispanic and Non-Hispanic Infants and Toddlers. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(1):107-123.

68-Schwartz C, Chabanet C, Lange C, Issanchou S, Nicklaus S. The role of taste in food acceptance at the beginning of complementary feeding. *Physiol Behav* 2011; 104(4):646-652.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL – ARTIGO 2

Fatores facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável: sensibilizando nossa escuta para a voz das mulheres-mães.

Resumo

OBJETIVO: Identificar os fatores facilitadores e os dificultadores da prática da alimentação complementar saudável, na voz das mulheres-mães de crianças menores de 2 anos de idade. **MÉTODOS:** Estudo de natureza qualitativa, cuja coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas. Compôs o grupo de estudo, 18 mães de crianças menores de dois anos de idade cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Viçosa, Minas Gerais, que foram acompanhadas, por meio de Visitas Domiciliares mensais, ao longo de 12 meses. **RESULTADOS:** Os achados do presente estudo apontam o acolhimento, a prática do aleitamento materno e do aconselhamento nutricional, a confiança, a utilização de materiais educativos, as visitas domiciliares e o vínculo, como facilitadores da alimentação complementar. Quanto aos dificultadores, encontrou-se o consumo de leite de vaca e de alimentos ultraprocessados, a consistência e a rejeição pelos alimentos, a permanência da criança em creches, os mitos e crenças que permeiam a alimentação infantil e a rede social. Salienta-se que alguns fatores foram considerados tanto facilitadores como dificultadores: escolaridade materna, renda familiar e inserção materna no mercado de trabalho. **CONCLUSÃO:** Adentrar no domicílio e vivenciar a realidade de cada família, conhecer o contexto social e cultural, ouvir os questionamentos, inquietações e satisfações maternas em relação à alimentação infantil foram fundamentais para se (re)conhecer os facilitadores e dificultadores da alimentação complementar saudável, aspectos importantes para o planejamento das ações dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Termos de indexação: Alimentação complementar, saúde infantil, Estratégia Saúde da Família, visita domiciliar, planejamento em saúde.

INTRODUÇÃO

A nutrição adequada é primordial para a saúde e desenvolvimento infantil. A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses é tão importante quanto a introdução adequada de alimentos a partir dessa idade, denominada de alimentação complementar (WHO, 2003). Essa pode ser entendida como a oferta de alimentos ou líquidos à criança, em adição ao leite materno, sendo introduzida quando o aleitamento materno não é suficiente para prover energia e nutrientes (CORREA et al., 2009).

A introdução de novos alimentos é um período vulnerável para a formação de hábitos alimentares inadequados (BARROS et al., 2008). Neste sentido, a preocupação em se ofertar à criança uma alimentação complementar saudável, é justificada pelo fato da mesma representar uma oportunidade para que a criança seja exposta a grande variedade de alimentos que irão formar as bases para hábitos alimentares saudáveis futuros, sendo estes influenciados por diversos fatores (CAETANO et al., 2010). Dentre eles, destacam-se o contexto familiar em que a criança está inserida, as condições socioeconômicas e culturais e o nível de escolaridade da mãe/cuidador (CORREA et al., 2009). Estes fatores podem facilitar ou dificultar a prática da alimentação complementar saudável. Para o presente estudo, foram considerados como facilitadores todos aqueles fatores que contribuem para que o processo da alimentação complementar seja oportuno, adequado e seguro, enquanto que os dificultadores foram aqueles que impedem, em parte ou na totalidade, que esse processo ocorra (WHO, 2008).

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo identificar por meio de visitas domiciliares, os fatores facilitadores e os dificultadores da prática da alimentação complementar saudável, na voz das mulheres-mães de crianças menores de 2 anos de idade.

SUJEITOS E MÉTODOS

Descrição espaço-temporal

A pesquisa foi realizada no período de março de 2011 a fevereiro de 2012, no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata mineira. O município fica distante 225 km da capital Belo Horizonte. Existem atualmente em Viçosa, 15 Unidades de Atenção Primária à Saúde, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Desenho do estudo, população estudada e coleta de dados

O presente trabalho fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionada à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo em que vivem (MINAYO, 2007).

Foram acompanhadas mensalmente, por meio da visita domiciliar (VD), 18 mães de crianças menores de dois anos de idade, juntamente com suas respectivas crianças, todas cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo utilizada a técnica da entrevista semiestruturada para a coleta dos dados. O binômio mãe-filho fez parte de um estudo anterior (REIS, 2011), os quais, também por meio da VD, foram acompanhados mensalmente, desde o oitavo mês de gestação até o sexto mês de vida criança. Para compor o quadro do estudo, foram contatadas todas as gestantes cadastradas na ESF de Viçosa cuja Data Provável do Parto estivesse situada entre a primeira semana de agosto e a segunda de setembro de 2010, totalizando 22 gestantes que participaram do referido estudo. Destas, 82% (n=18) aceitaram continuar o acompanhamento por meio das VD, compondo, portanto, a população do presente estudo.

Durante a realização de cada VD, que durava aproximadamente uma hora e quinze minutos, as mães eram primeiramente ouvidas em suas motivações e angústias. O objetivo era dar voz as mães estimulando a expressão e reconhecimento das dúvidas, sensações, anseios, satisfações e insatisfações, em relação ao cuidado à criança, além de identificar os principais aspectos que facilitavam e/ou dificultavam a

prática da alimentação infantil. Em seguida, as mães eram cuidadosamente aconselhadas sobre a alimentação complementar saudável, higiene e manipulação dos alimentos, além de serem orientadas em relação ao uso dos materiais educativos (folders, cartilhas, livro de receitas) que foram desenvolvidos pelos pesquisadores especificamente para este estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas pela pesquisadora em seu diário de campo.

Análise dos dados

O corpus dos dados foi analisado por meio da Análise de Conteúdo, que consiste em identificar os núcleos de sentido, cuja presença ou frequência tenham significado e relevância para os objetivos do estudo, que compreendeu as seguintes etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2007; BARDIN, 2008).

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo número 143/2011 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As mães foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e as que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados a fim de se conhecer o perfil do grupo estudado. A média de idade materna foi de $27,7 \pm 6,7$ anos (Mediana: 27 anos; Mínimo: 18 anos; Máximo: 42 anos). Quanto à ocupação, 55,56% (n=10) das mulheres-mães entrevistadas eram donas de casa; as demais eram

empregadas domésticas (n=3), estudante de nível superior (n=1), cozinheiras (n=2), secretária (n=1) e assistente de produção (n=1). A renda per capita média das mães foi de R\$ 278,65 (salário mínimo da época: R\$ 545,00). Referente à escolaridade, 38,9% (n=7) das entrevistadas possuíam entre 5 e 7 anos de estudo, 16,7% (n=3) apresentavam 11 anos de estudo, 16,7% (n=3) possuíam entre 9 a 10 anos de estudo, 11,1% (n=2) apresentavam 12 anos ou mais de estudo, 11,1% (n=2) tinham de 1 a 3 anos de estudo e 5,5% (n=1) possuía 8 anos de estudo.

Relativo aos fatores facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos de idade, é interessante salientar que a escolaridade materna, a renda familiar e o trabalho materno aparecem tanto como facilitadores e dificultadores concomitantemente (Figura 1).

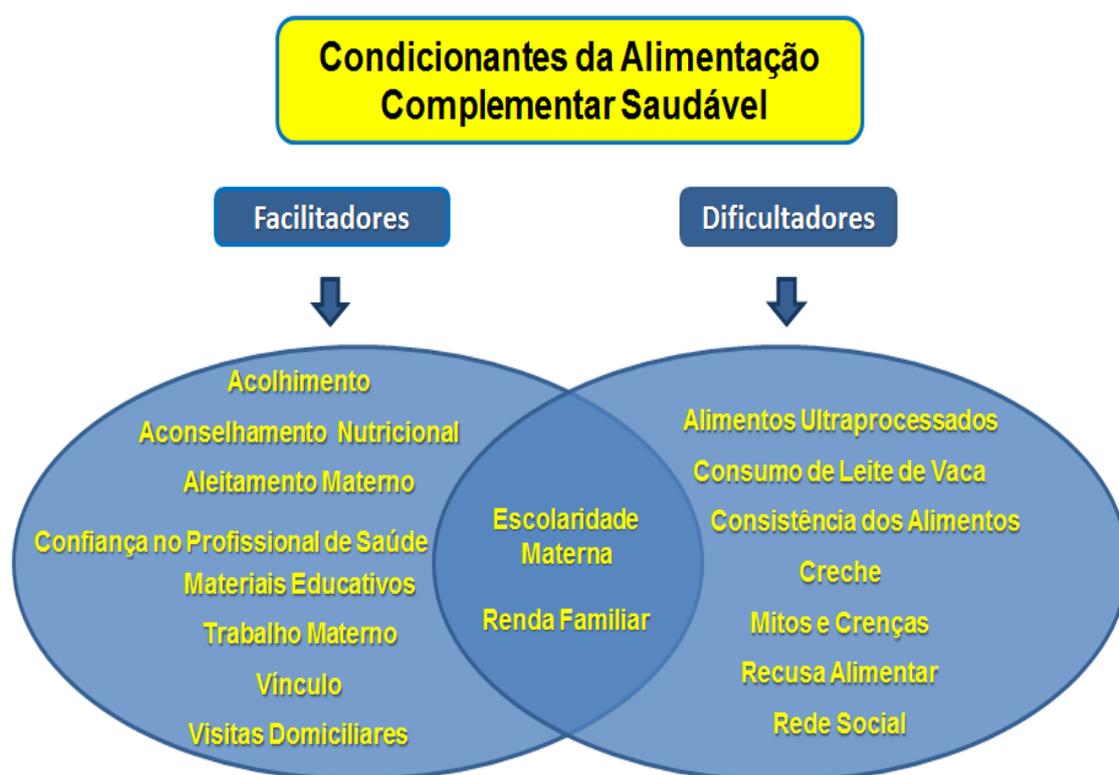


Figura 1 – Fatores facilitadores e dificultadores da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos de idade, Viçosa, MG (2011- 2012).

A identificação das percepções das mães, principais cuidadoras das crianças, mostra-se importante para o planejamento das ações e atividades no contexto da ESF.

Assim, as tabelas (1 e 2), ilustram os fatores facilitadores e dificultadores da alimentação infantil, segundo as narrativas das mães entrevistadas.

Tabela 1. Fatores facilitadores da prática da alimentação complementar saudável, na voz das mulheres-mães, Viçosa, MG (2011-2012).

Fatores facilitadores	Depoimentos das mulheres-mães
Acolhimento	<i>“Mesmo quando faço coisa errada o seu jeito de falar (refere-se as orientações da pesquisadora) não me ofende. Se não fosse assim eu já tinha desistido.”</i>
Aconselhamento nutricional	<i>“Tenho outros 2 filhos mais velhos e descobri que eu fazia muita coisa errada. Suas orientações me ajudam muito.”</i>
Aleitamento materno	<i>“Se eu não desse o peito para ela até hoje, não sei como seria porque o leite de vaca é só dá a outra menina.”</i>
Confiança no profissional de saúde	<i>“As suas orientações me deixam tranquila quanto ao meu filho, porque eu confio muito em você.”</i>
Escolaridade materna	<i>“Eu gosto muito de ler, principalmente sobre alimentação. Se eu tivesse parado de estudar cedo e não estivesse na universidade, eu não ia preocupar tanto assim. Sabe por quê? Porque quanto mais leio sobre alimentação, mais interessada em fazer o melhor eu fico.”</i>
Mães que trabalham fora de casa	<i>“Se eu não trabalhasse, não teria dinheiro para fruta, legume e carne.”</i>
Materiais educativos	<i>“Aqueles materiais (Folders) que você trouxe e me explicou ajudou muito e até minha mãe gostou”</i>
Renda familiar	<i>“Ainda bem que posso dar frutas, legumes e carne, que são os mais caros em uma compra.”</i>
Vínculo	<i>“Eu já te considero como da família.”</i>
Visitas domiciliares	<i>“É bom você vir à minha casa. Se não fosse você, eu ia dar muita coisa errada pra ele.”</i>

Aos fatores dificultadores da prática da alimentação complementar saudável relatado pelas mulheres-mães, estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Fatores dificultadores da prática da alimentação complementar saudável, na voz das mulheres-mães, Viçosa, MG (2011-2012).

Fatores dificultadores	Depoimentos das mulheres-mães
Alimentos Ultraprocessados	<i>“Desde quando a avó dele deu papinha de vidro para ele esse menino ficou mais difícil pra comer.”</i>
Consumo de leite de vaca	<i>“Ele adora o leite de vaca. Se você não tivesse me mostrado que ele toma leite demais eu não iria diminuir.”</i>
Consistência da preparação dos alimentos	<i>“Eu não imaginava que fosse tão difícil assim ele aceitar comida sem ser pastosa.”</i>
Creche	<i>“Tenho certeza que na creche ele não come fruta como deveria.”</i>
Escolaridade Materna	<i>“Se eu tivesse estudado mais, eu saberia a importância dos alimentos antes de você vir pra minha casa.”</i>
Mitos e crenças	<i>“Toda vez que a avó dele toma café, ela tem que dar um pouquinho para ele, senão, ele fica sentido e ai tenho que levar para benzer.”</i>
Recusa alimentar	<i>“Pra mim um dos momentos mais difíceis foi quando ele não aceitava mais comida de sal.”</i>
Rede Social	<i>“Minha mãe faz tudo que ele quer. Se ele não quer comer, ela dá biscoito no lugar do almoço.”</i>
Renda familiar	<i>“Fruta e carne são caros e são mais difíceis para dar todo dia.”</i>

DISCUSSÃO

Além da identificação dos alimentos consumidos, as práticas alimentares infantis devem ser compreendidas e analisadas, evidenciando-se os fatores que facilitam ou dificultam a sua adequada realização. Compreender tais aspectos é primordial para o planejamento e redirecionamento das ações e serviços em saúde, tanto no que se refere à prevenção de agravos e enfermidades, como em relação à promoção e apoio à prática da alimentação complementar saudável (BARROS et al., 2008).

Nesse sentido, os diferentes cenários de prática da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam-se como um espaço de vital importância para o desenvolvimento de ações educativas, por permitir uma maior proximidade entre profissionais, famílias

e comunidades. No Brasil, o PSF é a principal estratégia de implementação e reorganização da APS, salientando-se o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (GOMES et al., 2011).

Desde esta perspectiva, merece destaque a VD, espaço privilegiado de atenção terapêutica e cuidado em saúde destacando-se a prevenção dos agravos e enfermidades e a promoção da saúde tanto em nível individual como familiar, sendo apontada na literatura como eixo transversal do cuidado no sentido da implementação das diretrizes da universalidade, integralidade e equidade (AZEREDO et al., 2007). No presente artigo (tabela 1), foram identificados os principais aspectos facilitadores da alimentação complementar, destacando-se a VD. Assim, a VD, pelo caráter emancipador, propicia aos profissionais de saúde importante meio para o exercício do diálogo, permitindo, além do acompanhamento e estabelecimento do vínculo, o conhecimento e reconhecimento das famílias em suas necessidades de saúde (AZEREDO et al., 2007).

Destaca-se também, como facilitador da prática da alimentação complementar, o acolhimento (tabela 1). Este, por sua vez, permite a construção de uma nova ética, a da inclusão social, por meio da escuta solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania (ROCHA et al., 2008). Estudo realizado por Costa et al., (2011), objetivando analisar a atenção à saúde da criança pelo PSF em município de pequeno porte, identificou que 82,8% das mães entrevistadas se sentiam acolhidas pelos profissionais de saúde. Aspectos como educação, simpatia e empatia foram relatados pelas mulheres-mães e considerados como condicionantes do acolhimento. Por meio do acolhimento, usuário e profissional de saúde se encontram, estabelecendo uma relação de confiança e vínculo, o que permite ao profissional identificar as necessidades do usuário e estabelecer estratégias de ação visando melhorar a qualidade de vida da população (ROCHA et al., 2011).

Destarte, o vínculo e a confiança que os usuários depositam nos profissionais de saúde, foram apontados pelas entrevistadas como facilitadores da prática da

alimentação complementar (tabela 1), expressando relações de cumplicidade, apoio e satisfação entre usuários e profissionais. Estudo realizado em 21 municípios da Bahia, Ceará e Sergipe, evidenciou que o vínculo foi considerado como critério de maior evidência positiva e identificado como consensual em 15 municípios, mesmo nas áreas com estrutura organizacional simples, como as periferias das metrópoles e as zonas rurais (ROCHA et al., 2011). Segundo Dias et al., (2011) a responsabilidade sentida pelo profissional de saúde em relação ao usuário desperta neste um sentimento de confiança, favorecendo portanto, a adesão às mudanças comportamentais necessárias.

Ainda, em relação aos facilitadores da alimentação complementar saudável, o aconselhamento nutricional se mostrou como estratégia efetiva para a promoção de hábitos alimentares saudáveis (tabela 1). A evidência científica destaca a importância de se inserir práticas educativas de aconselhamento nutricional para a (re)construção dos hábitos alimentares, promovendo portanto, estilos de vida saudáveis à população (RODRIGUES et al., 2005; WHO, 2008). Oliveira et al.,(2012) destacam a pertinência de se realizar atividades de aconselhamento nutricional direcionados ao grupo materno infantil, orientando desde o período gestacional por meio das consultas de pré natal, enfatizando-se os benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe filho, passando pela período de introdução da alimentação complementar até o final da primeira infância. Arimatea et al.,(2009) reiteram que as orientações acerca da alimentação complementar obtiveram maior ênfase a partir de publicações de documentos técnicos e materiais educativos elaborados pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, destaca-se a relevância de se utilizar materiais educativos como componentes do processo de ensino-aprendizagem em saúde, por seu caráter facilitador da produção de conhecimento, quando utilizados de maneira participativa e interativa (KELLY-SANTOS e ROZEMBERG, 2006). Estes resultados vão ao encontro dos achados do presente estudo (tabela 1), uma vez que a utilização de materiais educativos foi citada pelas mulheres-mães entrevistadas como fator facilitador da prática da alimentação complementar saudável. Ao se elaborar e utilizar materiais

educativos na promoção e educação em saúde estes devem levar em consideração a realidade de vida do público alvo, tendo como referência o contexto social da população, as características culturais e o nível de escolaridade, favorecendo assim, a apreensão e assimilação dos conhecimentos (TORAL et al., 2009). Nesta perspectiva, a utilização de folders, cartilhas e livros de receitas elaborados especificamente para atender os cuidadores das crianças menores de dois anos de idade sempre que apresentadas às mulheres-mães de forma interativa, participativa e dialógica, mostraram-se como importantes estratégias para o direcionamento das atividades realizadas.

Ainda em relação aos facilitadores da alimentação complementar saudável, destacou-se o aleitamento materno (tabela 1). A evidência científica indica que as principais causas de mortes de crianças no mundo poderiam ser evitadas se o aleitamento materno aliado às práticas adequadas de alimentação complementar fossem observados (WHO, 2008; GARCIA et al., 2011). Estudo realizado por Martins e Giugliani (2012), objetivando identificar os fatores relacionados à manutenção do aleitamento materno por 2 anos ou mais, revelou que as mães que permaneciam em casa com a criança nos primeiros 6 meses de vida e que não introduziram precocemente água e/ou chás e outros leites na alimentação das crianças foram associadas com a manutenção da amamentação por 2 anos ou mais.

A inserção materna no mercado de trabalho foi considerada facilitadora da alimentação complementar saudável. Este aspecto se deve à melhora da capacidade de compra das mães, possibilitando, portanto, a oportunidade de consumir alimentos considerados como os caros pelas mesmas, tais como frutas, legumes e carnes (tabela 1). As escolhas alimentares, além de sofrerem influência de fatores sociais, culturais e biológicos, são influenciadas também pelo preço dos alimentos (CLARO e MONTEIRO, 2010). O consumo alimentar com altos teores de frutas, hortaliças e carnes tende a encarecer o orçamento doméstico e famílias com número reduzido de membros que contribuem efetivamente com os gastos no domicílio e que recebem salários baixos, tendem a consumir menos estes alimentos (DARMON et al., 2003).

Em relação aos fatores dificultadores da prática da alimentação infantil saudável (tabela 2), os achados deste estudo demonstraram que inúmeros aspectos estão envolvidos. A introdução de alimentos complementares à criança tem se mostrado como um período crítico, devido às incertezas, medos, inseguranças e até mesmo hábitos e práticas maternas enraizados, que influenciam direta ou indiretamente na oferta de alimentos (SANTOS et al., 2007). Dentre estes aspectos dificultadores, destaca-se a rejeição a novos alimentos, não devendo este fato ser interpretado como uma aversão permanente da criança. Segundo Perosa et al. (2011), a recusa alimentar é algo complexo, uma vez que diversos fatores podem influenciar o resultado obtido pelas estratégias e orientações alimentares, como a aparência da refeição, a quantidade ofertada à criança, a palatabilidade, a consistência, o apetite e também a fase de desenvolvimento neuropsicomotor em que a criança se encontra. Vale mencionar também que muitas mães às vezes não estão atentas ao estado de saúde da criança, uma vez que este também poderá interferir na aceitação do alimento (SANTOS et al., 2007).

Merece destaque também a consistência dos alimentos oferecidos, pois se ofertada de forma inadequada, compromete a ingestão de nutrientes pela criança. Deve-se evitar o oferecimento de alimentos muito diluídos, como sopas e mingaus, uma vez que a pequena capacidade gástrica impede que as crianças de pouca idade supram suas necessidades energéticas (WHO, 2003). No presente estudo, a transição dos alimentos na forma pastosa para sólida foi apontada como um dificultador da alimentação complementar. Resultado semelhante foi observado por Longo-Silva et al.,(2013), uma vez que dentre as dificuldades relatadas, estava a passagem da alimentação das crianças da consistência pastosa para a sólida.

Assim como se deve observar a consistência dos alimentos oferecidos, o valor nutricional do mesmo deve ser levado em consideração. Também foi identificado como dificultador da prática da alimentação complementar a introdução do leite de vaca para menores de um ano, bem como o consumo de alimentos ultraprocessados (como bebidas açucaradas, refrigerantes, sucos artificiais e achocolatados). O consumo de

leite de vaca não modificado para menores de um ano é desaconselhável, por levar a alterações no metabolismo basal da criança, comprometendo sua autorregulação (WHO, 2003), além do consumo excessivo de proteínas associado ao uso precoce do leite de vaca no primeiro ano de vida e ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade e diabetes tipo 2 e deficiência de ferro (CAETANO et al., 2010). Vale ressaltar também que a introdução de leite de vaca no primeiro ano de vida indica uma tendência constante ao desmame, o que vai de encontro das políticas de incentivo de duração do aleitamento materno no Brasil, com vistas a melhorar a qualidade de vida e o estado nutricional infantil (WHO, 2003). Deve-se evitar também ofertar às crianças alimentos ultraprocessados (tabela 2), pois além de reduzirem o apetite, estimulam o consumo de açúcares, levando às crianças preferirem estes alimentos em detrimento dos saudáveis (WHO, 2003; SIMON et al., 2009; MONTEIRO et al., 2011). Estudo realizado por Caetano et al.(2010), evidenciou a presença de alimentos inadequados, como refrigerantes, sucos artificiais, biscoitos recheados e doces industrializados na alimentação de crianças menores de um ano de vida.

Outro aspecto dificultador da alimentação complementar saudável identificado no presente estudo foi o forte sistema de crenças presentes no cotidiano das famílias. Em estudo realizado por Menella et al., (2004), objetivando explorar as crenças maternas relacionadas às práticas da amamentação e alimentação complementar, identificou que, embora as mães já conhecessem os benefícios de tais práticas, a grande maioria introduziu fórmulas infantis, chás e águas desde a primeira semana de vida das crianças.

No presente, as mães, na impossibilidade de cuidarem o dia todos dos seus filhos, encontram nas creches (SIMON et al., 2009) ou familiares próximos, como avós (SANTOS et al., 2007), a alternativa mais segura para cuidarem das crianças enquanto permanecem no trabalho. As creches (tabela 2) exercem importante função no desenvolvimento das práticas alimentares infantis, uma vez que a criança permanece por longos períodos sob seus cuidados, recebendo não apenas aporte

educacional, mas também alimentar, o que faz deste ambiente multiplicador de hábitos alimentares futuros (GOLIN et al., 2008). Ainda, em relação à transferência dos cuidados maternos quando a mesma está inserida no mercado de trabalho, a figura da avó tem sido relatada por possuir grande influência nas escolhas alimentares, uma vez que é considerada pela mãe da criança como experiente em relação aos cuidados infantis (SANTOS et al., 2007).

No presente estudo (tabelas 1 e 2), além da inserção materna no mercado de trabalho, identificamos também outros aspectos que foram considerados, ao mesmo tempo, tanto facilitadores quanto dificultadores da alimentação complementar, dentre eles a escolaridade materna e a renda familiar. Estudo realizado por Molina et al., (2010) identificou que crianças cujas mães apresentavam baixa escolaridade tinham maior probabilidade de receberem uma alimentação de baixa qualidade, tendo como possíveis explicações que a escolaridade materna está relacionada com a capacidade de compra de alimentos mais saudáveis, bem como o acesso à informação adequada. Ademais, os mesmos autores argumentam que mães com mais anos de estudo possuem maior possibilidade de fazerem a opção por alimentos mais saudáveis.

Em relação à renda familiar, Claro e Monteiro (2010) descrevem que o aumento da renda relaciona-se não apenas ao aumento do consumo de frutas e hortaliças, mas a um aumento da aquisição total dos alimentos da família. Estudo realizado por Lins et al.(2013), no estado do Rio de Janeiro, identificou que a prática da alimentação saudável estava associada ao aumento de renda da população, por apresentarem mais possibilidade de compra dos alimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento das atividades de saúde para o grupo materno-infantil representa ação estratégica no contexto da ESF. Especialmente entre as crianças menores de dois anos de idade, é notória a importância de se priorizar estratégias que visam, a longo prazo, a prevenção de agravos à saúde decorrentes do consumo

alimentar excessivo, deficiente e/ou inadequado, bem como a adoção de práticas alimentares que permitam uma melhor qualidade de vida às crianças .

Neste contexto, a identificação dos condicionantes da prática da alimentação complementar saudável apresenta-se como imprescindível para o direcionamento das práticas de saúde da equipe multidisciplinar. Destarte, destaca-se a VD como importante fator diferencial do trabalho em nível da APS, favorecendo o conhecimento da estrutura e dinâmica familiar, bem como a aproximação e o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário, princípios vitais da ESF.

Adentrar no domicílio e vivenciar a realidade de cada família, conhecer o contexto social e cultural, ouvir os questionamentos, inquietações e satisfações maternas em relação à alimentação infantil mostraram-se fundamentais para se (re)conhecer os facilitadores e dificultadores da alimentação complementar saudável.

REFERÊNCIAS

ARIMATEA, J.E.; CASTRO, L.M.C.; ROTENBERG, S. Práticas Alimentares de Crianças Menores de um Ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. **CERES**, v.4, n.2, p.65-78, 2009.

AZEREDO, C.M.; COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; MAIA, T.M.; MARQUES, E.S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Cien Saude Colet.**, v.12, n.3, p.743-753, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008. 225p.

BARROS, R.M.M.; SEYFFARTH, A.S.; NOBREGA, E.O. Avaliação de práticas adotadas após uma atividade educativa sobre alimentação complementar. **Com. Ciências Saude**, v.19, n.1, p. 43-50, 2008.

CAETANO, M.C.; CAVALCANTE, M.; ORTIZ, T.T.; SILVA, S.G.L.; SOUZA, F.I.S.; SARNI, R.O.S. Alimentação complementar:práticas inadequadas em lactentes. **J Pediatr.**, v.86; n.3; p.196-201, 2010.

CLARO, R.M.; MONTEIRO, C.A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.44, n.6, p.1014-1020, 2010.

CORREA, E.M.; CORSO, A.C.T.; MOREIRA, E.A.M.; KAZAPI, I.A.M. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev Paul Pediatr.**, v.27; n.3, p. 258-264, 2009.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; REIS, J.R.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, R.S.; FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais. **Cienc Saude Colet.**, v.16, n.7, p.3229-3240, 2011.

DARMON, N.; FERGUSON, E.; BRIEND, A. Do economic constraints encourage the selection of energy dense diets? **Appetite**, v.41, n.3, p.315-322, 2003.

DIAS, O.V.; VIEIRA, M.A.; DIAS, J.P.; RAMOS, L.H. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta paul. enferm.**, v.24, n.2, p.225-231, 2011.

FARIA, C.P.; CADE, N.V.; ZANDONADE, E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. **Rev Saude Publica**, v.44, n.5, p.785-732, 2010.

GARCIA, M.T.; GRANADO, F.S.; CARDOSO, M.A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad Saude Publica**, v.27, n.2, p.305-316, 2011.

GOLIN. C.K.; TOLONI, M.H.A.; LONGO-SILVA, G.; TADDEI, J.A.A.C. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Rev Paul Pediatr.**, v.29, n.1, p.35-40, 2011.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.1, p. 881-892, 2011.

KELLY-SANTOS, A.; ROZEMBERG, B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. **Cad Saude Publica**, v.22, n.5, p.975-985, 2006.

LINS, A.P.M.; SICHIERI, R.; COUTINHO, W.; RAMOS, G. E.; PEIXOTO, M.V.M.; FONSECA, V.M. Alimentação Saudável, Escolaridade e Excesso de Peso Entre Mulheres de Baixa Renda. **Cienc Saude Colet.**, v.18, n.2, p.358-366, 2013.

LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M.H.A.; KONSTANTYNER, T. Percepções de educadores de creches acerca de práticas cotidianas na alimentação de lactentes: impacto de um treinamento. **Cienc Saude Colet.**, v.18, n.2, p.545-552, 2013.

MARTINS, E.J.; GIUGLIANI, E.R.J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **J Pediatr.**, v.88, n.1, p.67-73, 2012.

MENELLA, J.A.; GRIFFIN, C.E.; BEAUCHAMP, G.K. Flavor Programming during infancy. **Pediatr.**, v.113, n.4, p.840-845, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008. 225p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 408p.

MONTEIRO C.A.; LEVY, R.B.; CLARO, R.M.; CASTRO, I.R.R.; CANNON, G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutrition**, v.14, n.1, p.5-13, 2011.

OLIVEIRA, L.D.; GIUGLIANI, E.R.J.; SANTO, L.C.E.; NUNES, L.M. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. **Early Hum Dev.**, v.88, n.6, p.357-361, 2012.

PEROSA, G.B.; CARVALHAES, M.A.B.L.; BENÍCIO, M.H.D.; SILVEIRA, F.C.P. Estratégias alimentares de mães de crianças desnutridas e eutróficas: estudo qualitativo mediante observação gravada em vídeo. **Cienc Saude Colet.**, v.16, n.11, p.4445-4464, 2011.

REIS, R.S. **No seio da vida: fatores facilitadores e dificultadores da praxis do aleitamento materno**. 2011. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição). Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

ROCHA, P.M.; UCHOA, A.C.; ROCHA, N.S.P.D.; SOUZA, E.C.F.; ROCHA, M.L.; PINHEIRO, T.X.A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad Saude Publica**, v.24, n.1, p.69-78, 2008.

RODRIGUES, E.M.; SOARES, F.P.T.; BOOG, M.C.F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.**, v.18, n.1, p.119-128, 2005.

SANTOS, C.S.; LIMA, L.S.; 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.**, v.7, n.4, p.373-380, 2007.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev Saude Publica**, v.43, n.1, p.60-69, 2009.

TORAL, N.; CONTI, M.A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cad Saude Publica**, v.25, n.11, p.2386-2394, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Washington; 2003. 40 p.

WHO - World Health Organization. **Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: report of proceedings**. Geneva; 2008. 74p.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL – ARTIGO 3

Prática alimentar de crianças menores de dois anos de idade: a influência da rede social das mulheres-mães

RESUMO

Objetivo: identificar a rede social das mulheres-mães e compreender a sua influência na prática da alimentação complementar saudável. **Métodos:** Estudo de natureza qualitativa, cuja coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas. Compôs o grupo de estudo 18 mães de crianças menores de dois anos de idade, 13 pais, 14 avós, 2 avôs, 3 tias e 3 demais pessoas influentes (vizinhos e irmã), conforme indicação da mulher-mãe, todos residentes no município de Viçosa, Minas Gerais. **Resultados:** A rede social mostrou-se tanto como uma rede de apoio, quanto geradora de conflitos. Embora as mães ofereçam alimentos saudáveis a seus filhos, alguns membros da rede social, em especial avós, avôs e amigos foram os principais responsáveis pela oferta de alimentos não saudáveis, como refrigerantes, cafés, doces e frituras. Pais, as próprias mães, tios, profissionais de saúde e as creches foram os responsáveis pela multiplicação da prática da alimentação infantil saudável. **Conclusão:** A prática da alimentação complementar mostrou-se fortemente influenciada pelo contexto sócio cultural e pela rede social das mulheres-mães. Oferecer alimentos saudáveis às crianças pequenas perpassa a intenção ou conhecimentos existentes acerca de alimentação pelas mulheres-mães, uma vez que influência exercida pela rede social mostrou-se fundamental em relação à qualidade dos alimentos oferecidos às crianças.

Palavras chave: Rede social, alimentação complementar, pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

A introdução dos alimentos complementares na infância é um período vulnerável para a formação de hábitos alimentares inadequados (BERNARDI et al., 2009). A preocupação em se ofertar à criança uma alimentação complementar saudável é justificada pelo fato da mesma representar uma oportunidade para que a criança seja exposta a grande variedade de alimentos que irão formar as bases para hábitos alimentares saudáveis futuros, sendo estes influenciados por diversos fatores como os culturais, econômicos, pela experiência e vivência das mães e pela rede social a qual a mulher-mãe está inserida (CAETANO et al., 2010; MORGADO et al., 2011).

Entende-se por rede social, o conjunto de relações interpessoais com finalidade de atender às necessidades afetivas, materiais e de informação dos seus membros (SANICOLA, 1995; SOUZA et al., 2009). A evidência científica destaca a importância exercida pela rede social das famílias, em especial de mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade, em influenciarem as escolhas alimentares destas crianças (SOUZA, 2006; ROSSI et al., 2008). Nessa perspectiva, (re)conhecer a rede social destas mulheres-mães permite identificar os indivíduos mais influentes e compreender a interação existente entre eles, possibilitando traçar estratégias de apoio à prática da alimentação complementar saudável, incluindo todos os sujeitos sociais que a influenciam (SANICOLA, 1995, MARQUES et al., 2010).

Este estudo teve por objetivo identificar a rede social das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade e compreender a sua influência na prática da alimentação complementar, com vistas a contribuir para o planejamento de estratégias de educação em saúde.

SUJEITOS E MÉTODOS

Descrição espaço-temporal

A pesquisa foi realizada no período de abril a junho de 2012, no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata mineira. Existem atualmente em Viçosa, 15 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Desenho do estudo, população estudada e coleta de dados

O presente trabalho fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionada à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo em que vivem (MINAYO, 2007). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, em visitas domiciliares.

Compôs o grupo de estudo 18 mães de crianças menores de dois anos de idade, 13 pais, 15 avós, 2 avôs, 3 tias e 4 demais pessoas influentes (vizinhos e irmã), conforme indicação da mulher-mãe, totalizando 55 indivíduos, todos residentes no município de Viçosa. As mulheres-mães destas crianças fazem parte de um projeto mais amplo (REIS, 2011), sendo estas mulheres-mães acompanhadas mensalmente, por meio da VD, desde o oitavo mês de gestação até a presente data. Para compor o quadro do estudo, foram contatadas todas as gestantes cadastradas na Estratégia Saúde da Família de Viçosa que estivesse com a Data Provável do Parto situada entre a primeira semana de agosto e a segunda de setembro de 2010, totalizando 22 gestantes que participaram do referido estudo. Destas, 82% (n=18) aceitaram continuar o acompanhamento após o sexto mês de vida da criança, por meio de VD. Durante a realização de cada VD, estas mulheres-mães eram primeiramente ouvidas em seus questionamentos, angústias, satisfações e inquietações em relação a alimentação infantil, sendo em seguida, aconselhadas em relação a prática saudável da alimentação complementar. Os relatos das mulheres-mães foi o meio utilizado para identificar os indivíduos componentes da sua rede social e compreender a influência exercida por esta rede na prática alimentar infantil. Em seguida, todos estes

sujeitos sociais foram contactados e entrevistados, após concordarem em participar da pesquisa.

Vale ressaltar que as mulheres-mães identificaram profissionais de saúde e de outras instituições, como por exemplo as creches, como membros da sua rede social.

Análise dos dados

O *corpus* dos dados foi analisado por meio da Análise de Conteúdo, que consiste em identificar os núcleos de sentido, cuja presença ou frequência tenham significado e relevância para os objetivos do estudo, que compreendeu as seguintes etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2008).

Como referencial teórico, utilizou-se a *Teoria da Rede Social* descrito por Sanicola (1995) para a construção da rede social das mulheres-mãe (Quadro 1).

Quadro 1- Representação geométrica para a construção da rede social, Viçosa (2012).

Tipo de Rede		
Figura geométrica (Indivíduos)		<i>Primária</i> (familiares, companheiro, amigos e vizinhos)
		<i>Secundária Formal</i> (profissionais de saúde)
Tipo de Vínculo		
Interação entre as pessoas		<i>Forte</i>
		<i>Normal</i>
		<i>Frágil</i>
		<i>Conflituosa</i>
Indivíduos		
Amplitude (número de indivíduos que compõem a rede social)	<i>Pequena</i>	< 9

Fonte: adaptado Sanicola (1995)

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo número 143/2011 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os indivíduos foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e os que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A interpretação dos resultados permitiu descrever a conformação da rede social de apoio às mulheres-mães, sendo estes achados ordenados em categorias temáticas, conforme se descreve a seguir.

Caracterização das famílias

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados a fim de se conhecer o perfil do grupo estudado. A média de idade materna foi de $27,7 \pm 6,7$ anos (Mediana: 27 anos; Mínimo: 18 anos; Máximo: 42 anos). Quanto à ocupação, 55,56% das mulheres-mães entrevistadas eram donas de casa; as demais eram empregadas domésticas, estudante de nível superior, cozinheiras, secretária e assistente de produção. A renda per capita média das mães foi de R\$ 278,65 (salário mínimo da época: R\$ 622,00).

A idade média paterna foi de $31,9 \pm 7,3$ anos (Mediana: 29 anos, Mínimo: 24 anos; Máximo: 44 anos). Quanto à ocupação, 30,77% eram pedreiros, 15,38% eram empresários, 7,39% era servente de pedreiro, 7,39% mecânico, 7,39% assistente de produção, 7,39% era auxiliar de escritório, 7,39% carpinteiro e 7,39% era motorista. A renda média per capita dos pais foi de 754,00 (salário mínimo da época: R\$ 622,00).

Já a idade média dos demais entrevistados que compõem a rede social da mulher-mãe foi $45,46 \pm 13,67$ anos (Mediana: 47 anos; Mínimo: 14 anos; Máximo: 68 anos), sendo que destes, 50% são avós maternas da criança, 12,5% avós paternas,

8,33% avôs maternos, 4,17% irmã da criança e 12,5% eram vizinhos. Quanto ao sexo, 72,73% do total dos entrevistados eram do sexo feminino e 27,27% do sexo masculino.

Composição da rede social das mulheres-mães

O mapa da rede social da maioria das mulheres-mães (figura 1) evidencia uma rede com características primária e secundária, de amplitude pequena, com vínculos que variam de relação forte à conflituosa (Figura1).

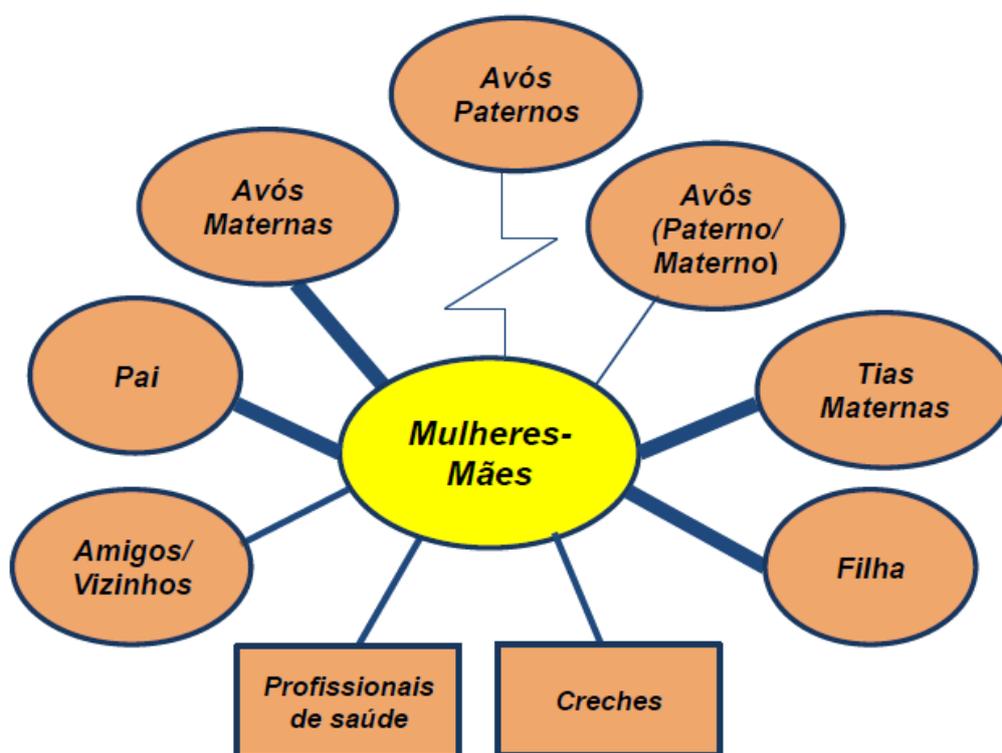


Figura 1: Rede social típica das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade, Viçosa, MG (2012).

Rede Social Familiar

No presente estudo, identificamos como membros da rede social familiar das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade os seus companheiros (pais das crianças), mães e sogras (avós maternas e paternas), seus pais (avós paternos), irmãs maternas (tias) e filha (irmã da criança). Esta estrutura, considerada a primeira rede de apoio à criança, contribuiu tanto como companhia social quando a mãe precisava se ausentar, mas também como apoio emocional, material e

aconselhador que estes membros oferecem, conforme demonstrados pelos relatos a seguir:

“Sempre que eu preciso sair, conto certo mesmo é com minha mãe. Depois de mim, não existe ninguém melhor do que minha mãe para cuidar dela”.

“Aqui em casa mesmo que eu posso contar é comigo e com o meu marido [...] só se eu precisar sair e preciso fazer alguma coisa, como fazer compras que eu deixo ele com minha filha de 14 anos.”

“Ah, eu (sogra) me considero uma segunda mãe dela né.. quem cuida dela o dia todo sou eu. Dou almoço, lanche e janta também. Ela (mãe) só chega a noite...tudo por minha conta.”

A análise do tipo de vínculo existente entre as mulheres-mães e os demais sujeitos da rede social, permite identificar que para os membros da rede social familiar o vínculo é considerado *forte*. Entretanto, esta característica não se estende a todos, destacando-se as *avós paternas* e *avôs (paternos e maternos)*, onde identificou-se relações *conflituosas* e *frágeis*, respectivamente (figura 1), o que pode ser ilustrado nos seguintes depoimentos:

“Aqui em casa não tem diferença: o que um faz o outro faz. Somos unidos demais e a criança acaba percebendo isso.” (pai)

“Eu queria arrumar outra pessoa para cuidar do meu filho quando eu ou minha mãe (avó materna) não puder. A minha sogra (avó paterna) cuida, mas reclama demais. Eu não me dou muito bem com ela.”

“Meu pai (avô materno) gosta de cuidar dela, mas eu não confio em deixar ela com ele de jeito nenhum, porque eu não gosto muito dele, do que ele já fez para a família.”

De acordo com os relatos dos familiares, a prática da alimentação complementar saudável no cotidiano das crianças alvo deste estudo revela que, embora as mulheres-mães, pais e tias (em especial aquelas que vivem no mesmo domicílio da criança) se preocupem em oferecer alimentação saudável às crianças, alimentos não indicados para esta faixa etária, como os ultraprocessados (biscoitos recheados, doces, chocolates e refrigerantes), cafés, e frituras fazem parte dos hábitos alimentares destas crianças. A figura da avó foi considerada por algumas mulheres-mães como a maior provedora dos alimentos considerados pouco saudáveis:

“Sabe por que eu (avó) dou café para ele? Se não der e ele ver a gente tomando, ele fica “sentido”. Ai perde peso, fica ruim para comer, fica com a nuca funda. Por isso é melhor dar um pouquinho de café.”

“Eu (avó) não vou falar que não dou besteira porque dou sim (...) refrigerante, chocolate, doce de leite, até pudim de leite ela come. Mas é só no domingo, quando vem ela aqui para minha casa.”

“Aqui em casa não entra refrigerante, bala, doce. Ele desde pequeno come muita fruta e verdura e não come fritura, porque a gente sabe que é o melhor” (Tia).

“Cuido (pai) dela porque ela é meu tesouro. Eu preocupo demais com a alimentação dela. Faço isso com muito prazer”

Estes achados revelam que uma rede social pode funcionar tanto como uma rede de apoio, quanto uma rede geradora de conflitos em relação à prática alimentar infantil.

A influência da rede social nos hábitos alimentares está bem ilustrada nos relatos de uma mãe, ao revelar que a filha, enquanto permanecia apenas sob seus cuidados, consumia alimentos saudáveis, nunca apresentando problemas para se alimentar, aceitando todos os tipos de alimentos que eram oferecidos. Após o seu retorno ao trabalho, a criança passou a ser cuidada pela avó paterna, que, contrariando as recomendações maternas, passou a oferecer biscoitos recheados, chocolates e outras guloseimas à neta, o que foi identificado pela mãe como principal responsável pela presente rejeição da criança às frutas.

“(...) Agora ela está assim: se não der chocolate ou biscoito recheado para ela quando ela quer, ela bate na gente, fica nervosa e morde. Me arrependo de ter começado a trabalhar e de deixá-la com a minha sogra, porque ela está estragando tudo de certo que eu fazia.”

Rede Social de Amizade

Evidenciou-se, no presente estudo, a participação dos amigos e/ ou vizinhos no cotidiano das mulheres-mães como parte do cuidado à criança menor de dois anos de idade (Figura 1). Estes sujeitos auxiliam as mães quando as mesmas necessitam se ausentar de seus domicílios, oferecendo à criança apoio emocional e suporte alimentar.

“Eu (vizinha) cuido dela do jeito que posso, como se fosse minha filha. O que tiver aqui em casa para comer ela come, igual os meus filhos.”

Assim, os vizinhos e amigos também, por vezes, oferecem alimentos não considerados saudáveis, quando as crianças se encontram sob seus cuidados:

“Quando ela (criança) está comigo, o que pedir eu dou. Eu sei que a mãe dela não gosta, mas quando ela (criança) vê os meus filhos comendo biscoito tipo salgadinho, eu dou para ela. Por que dou? Criança é muito sensível e sente tudo. Se não der tem que benzer.” (Amiga)

Merece destacar também a presença do apoio financeiro, em especial em relações de compadrio, onde as madrinhas auxiliam na aquisição de alguns alimentos para os seus afilhados:

“Tem vezes que dou um dinheiro para mãe dela. Outras vezes eu mesmo compro e levo os alimentos que vejo que está em falta na casa dela. Ajudo no que posso, porque além de amiga, ela é minha cumadre.”

“Ah, assim...compro muita fruta para minha afilhada (criança). Toda semana eu levo alguma coisa para casa dela, porque lá eles não tem tanta condição assim.”

Estes relatos apontam para a importância da rede social no consumo de frutas e legumes diariamente pelas crianças, contribuindo, portanto, para a melhora do padrão alimentar destas.

“O dinheiro eu (vizinha) não gosto muito de dar porque fica parecendo esmola. Prefiro comprar a fruta, o iogurte, os legumes e a carne porque aí é garantido que ele (criança) vai comer. Amigos estão aí para isso. Um ajuda o outro”.

“Quem me (mulher-mãe) ajuda muito são os vizinhos, os parentes nem tanto. Sempre chega alguém aí com uma couve, um limão, uma laranja, uma mexerica, até carne para dividir comigo. Porque sozinha, sem marido, fica difícil alimentar duas crianças pequenas.”

Rede Social “Formal”: o profissional de saúde e as creches

Emergiram como componentes da rede social de apoio às mulheres-mães os profissionais de saúde (médicos) e as creches.

Diferentes percepções em relação ao papel desempenhado pela creche enquanto rede social surgiram dos relatos das mulheres-mães, evidenciando os distintos olhares existentes em relação a um mesmo objeto, de acordo com cada ponto de vista e realidade de vida de cada mãe, conforme se destaca a seguir:

“Se não fosse a creche, ele não comeria fruta, carne e legumes diferentes todo dia. Aqui em casa eu não tenho condição de ter isso sempre. O que importa hoje para mim é isso: lá ele tem o que comer.”

“A creche para mim é basicamente para cuidar dela enquanto eu não chego do trabalho. Não tem outra importância não. Aqui em casa nunca faltou nada para ela.”

De forma complementar outros achados destacam-se ao revelar que a creche, para algumas famílias, configura-se como o principal meio de alimentação da criança, mesmo que esta alimentação não seja nutricionalmente adequada em relação à variedade dos alimentos oferecidos:

“A alimentação da creche não é tão boa. Repete muito os alimentos, porque lá é tudo de doação. Então a fruta pode ser só mexerica uns três dias seguidos. Mas não posso reclamar porque lá pelo menos tem fruta e aqui em casa nem sempre tem.”

Em relação aos profissionais de saúde, os resultados indicam tanto posturas adequadas quanto inadequadas. Por um lado as mães mencionam que são orientações para a prática alimentar infantil saudável, e por outro ocorre o inverso, ou seja, relato de orientações contrárias às recomendações do Ministério de Saúde, de amamentar a criança por dois anos ou mais:

“De vez em quando eu passo com ela aqui na médica (pediatra) do posto. Ela também me fala que devo oferecer só alimentos saudáveis para ele e que devo ficar longe de biscoito recheado, fritura, doce e refrigerante.”

“Se eu fosse pela cabeça da doutora eu já tinha parado de dar o peito há muito tempo. Por ela o (...) (criança) já tinha parado de mamar desde os 6 meses de idade.”

DISCUSSÃO

As práticas alimentares infantis são permeadas por diversos fatores que influenciam o oferecimento de alimentos às crianças tornando tal prática um processo complexo, condicionado pelo ambiente onde a criança está inserida, bem como, pelos aspectos culturais, econômicos e sociais (ROSSI et al., 2008; SANTOS et al., 2010). Neste sentido, a rede social apresenta-se de grande importância, por afetar não apenas a experiência alimentar da criança, mas também por influenciar os padrões de alimentação que são oferecidos à ela (MORGADO et al., 2011).

No presente estudo, a rede social familiar foi composta por diferentes sujeitos, que direta ou indiretamente, influenciaram nos tipos de alimentos que são oferecidos às crianças menores de dois anos de idade. A família é responsável pelas escolhas alimentares, socialização dos alimentos ofertados, pela cultura alimentar, pela quantidade e qualidade dos alimentos oferecidos, além de estabelecer e delimitar regras no processo de alimentação da criança (SANTOS et al., 2010). Dessem e Polonia (2007) salientam para a importância da rede social familiar, uma vez que por meio dos laços afetivos presentes no cotidiano das famílias, os membros familiares podem suportar situações adversas oriundas da própria relação existente entre eles, podendo encontrar soluções em parceria com os outros nos diversos momentos da vida. Esse compartilhar torna-se primordial no fortalecimento das famílias, tanto no cuidado relacionado às crianças quanto na tomada de decisões que envolvem a família como um todo (ALEXANDRE et al., 2012).

A figura paterna tem sido relatada em diversos estudos (SOUZA et al., 2009; ALEXANDRE et al., 2012; MARTINS e GIUGLIANI, 2012) como componente importante para a promoção de práticas alimentares saudáveis, o que vai ao encontro dos achados do presente trabalho. Estudo realizado por Martins e Giugliani (2012) objetivando identificar os fatores associados ao aleitamento materno por dois anos ou mais, identificaram que a presença do companheiro é uma das principais responsáveis pelo incentivo à prática do aleitamento materno. Por outro lado, pesquisa realizada por Quinlan et al., (2003) encontrou que a ausência da figura paterna associou-se ao desmame precoce. Marques et al.,(2010) identificaram, além da presença paterna no cuidado à saúde da criança pequena, que as atividades que antes eram consideradas femininas, passaram a ser realizadas também pelo pai da criança. Resultados semelhantes foram encontrados por Gusman (2005) e Brito e Oliveira (2006), cujos estudos apontaram para o fato de que os pais passaram a desempenhar funções no ambiente familiar relacionados aos cuidados à criança. Destarte, o apoio e o suporte oferecido às mães pelos pais e pelas avós são considerados fatores fundamentais na

escolha dos alimentos que são oferecidos às crianças menores de dois anos de idade (SANTOS et al., 2007).

De igual forma, a avó também se destaca como pessoa responsável pelo cuidado da criança menor de dois anos de idade. Segundo Teixeira et al.,(2006) as avós são responsáveis pelo cuidado dos membros da famílias, em especial das filhas, transmitindo conhecimentos, valores, crenças e culturas, sendo respeitadas e valorizadas pela experiência de vida. Verifica-se, portanto, que as avós possuem papel fundamental no cuidado à criança, em especial àquelas que moram junto à família (BUSTAMANTE e TRAD, 2005), sendo a primeira opção das mães quando as mesmas precisam se ausentar do lar, por apresentarem maior confiança, sobretudo nas avós maternas, oferecendo suporte alimentar e educacional aos seus netos (MAZZA, 2007). Estes dados corroboram com o encontrado por JUSSANI et al.,(2007) por identificarem que as mães preferem as avós maternas quando precisam confiar seus filhos a terceiros. De acordo com Santos et al.,(2007) a filha se espelha na mãe e a enxerga como modelo a ser seguido no cuidado à criança, acatando os conselhos e orientações recebidos, conferindo à avó importante papel na educação e no tipo de alimento que deve ser oferecido às crianças.

As escolhas alimentares por parte das avós nem sempre são pautadas em práticas saudáveis, como pôde ser verificado em estudo realizado por Santos et al., (2007) uma vez que, embora as mães soubessem relatar adequadamente quais alimentos eram os mais saudáveis para os seus filhos, o percentual de adequação alimentar era aquém ao relatado. Os mesmos autores sugerem que os tabus e crenças alimentares da família, aliados às decisões das avós em relação ao o que oferecer aos netos, prevaleçam na alimentação infantil, contribuindo para um padrão alimentar pouco saudável.

No presente estudo, foram identificados também como componentes da rede social familiar das mulheres-mães os avôs, as tias e uma irmã da criança. A presença do avô foi relatada por alguns membros, porém, não se destacou como um grupo significativo, o que vai ao encontro do estudo desenvolvido por Alexandre et al.,(2012).

Em relação à presença das tias no cuidado à criança, as mesmas são responsáveis pela aquisição e preparo dos alimentos, além de oferecer cuidado afetivo (MARQUES et al., 2010; HAYAKAWA et al., 2010; ALEXANDRE et al., 2012). A participação dos irmãos, por sua vez, também foi evidenciado na literatura sendo apontados como auxiliares no cuidado da criança, tanto em relação à alimentação oferecida quanto aos afazeres domésticos (MOREIRA e SARRIERA, et al., 2008; ALEXANDRE et al., 2012)

Assim como a rede social familiar é fundamental no apoio oferecido às mulheres-mães, a rede social de amizade também se configurou como importante componente das relações interpessoais no presente estudo. Ao longo do desenvolvimento humano, amigos e familiares assumem relações de cumplicidade, apoiando-se mutuamente, tornando a rede social um grande aliado (ALEXANDRE et al., 2012). Segundo Sarti (2011), as relações de amizades, por vezes, podem ser mais fortes do que as existentes entre os próprios familiares, em especial nas relações de compadrio, como relatado por alguns membros do presente estudo.

Além dos cuidados oferecidos diretamente às mulheres-mães, tais como cuidar das crianças em momentos em que a mãe precisa se ausentar, foram relatados também a ajuda financeira como parte do cuidado da criança menor de dois anos de idade, em especial na aquisição de alimentos. Resultados semelhantes foram encontrados por Vieira et al., (2010) e Alexandre et al., (2012) sendo o apoio financeiro relatado como auxílio às famílias em decorrências de problemas familiares internos, o que favoreceu não apenas na quantidade, mas também na qualidade dos alimentos oferecidos.

No presente estudo, identificamos ainda como membros da rede social da mulher-mãe as creches e os profissionais de saúde. As instituições educacionais auxiliam as famílias na assistência às crianças por contribuírem não apenas no aporte educacional, mas também por exercerem importante função no desenvolvimento infantil, por oferecerem refeições diárias às crianças, tornando este ambiente multiplicador de hábitos alimentares futuros (DESSEM e POLONIA, 2007; GOLIN et al., 2011).

Os profissionais de saúde desempenham papel fundamental enquanto multiplicadores da prática alimentar infantil saudável. Estudo realizado por Arimatea et al.,(2009) objetivando compreender as formas de atualização do profissional da saúde em relação a alimentação no primeiro ano de vida, identificou que embora os profissionais de saúde considerem importante o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, algumas mães informaram terem sido orientadas para a introdução precoce de alimentos complementares, indo de encontro, portanto, às recomendações do Ministério da Saúde. Gomes et al., (2011) destacam que a adesão de gestantes e nutrizes à prática do aleitamento materno é fortemente influenciada pelas orientações dos profissionais de saúde. Desta forma, como mencionado por Cotta et al., (2008) ressalta-se a importância do comprometimento desta classe de profissionais no empoderamento da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da alimentação complementar saudável mostrou-se fortemente influenciada pelo contexto sociocultural e pela rede social das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade, composta pelos pais, avós, tias, amigos, profissionais de saúde e creches.

Cada sujeito social, em sua particularidade, desempenhou papel fundamental para a mulher-mãe em seu cotidiano, seja pela segurança de ter com quem deixar o filho, ou por partilhar as angústias, as satisfações, as experiências, sensações e as frustrações vivenciadas, pois as relações sociais – por vezes fortes, outras, conflituosas, contribuíram para construir e consolidar história de inúmeras famílias.

Oferecer alimentos saudáveis às crianças pequenas perpassa a intenção ou os conhecimentos existentes acerca da alimentação pelas mulheres-mães, uma vez que a influência exercida pela rede social mostrou-se fundamental em relação à qualidade dos alimentos oferecidos às crianças.

Destarte, estratégias educativas acerca da alimentação infantil saudável, com ações realizadas dentro do contexto em que vivem, direcionadas aos indivíduos mais

influentes da rede social das mulheres-mães, devem estar presentes nas atividades dos serviços de saúde, pois os inúmeros atores sociais que compõe a rede da mulher-mãe foram os principais responsáveis pelos alimentos não saudáveis oferecidos às crianças.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A.M.C.; LABRONICI, L.M.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Rev. esc. enferm.** v.46, n.2, p.272-279, 2012.

ARIMATEA, J.E.; CASTRO, L.M.C.; ROTENBERG, S. Práticas Alimentares de Crianças Menores de um Ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. **CERES.** v.4, n.2, p.65-78, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 2008. 225p.

BERNARDI, J.L.D.; JORDÃO, R.E.; BARROS-FILHO, A.A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Rev Panam Salud Publica,** v.26, n.5, p.405–411, 2009.

BRITO, R.S.; OLIVEIRA, E.M.F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev gaúcha enferm.,** v.27, n.2, p.193-202, 2006.

BUSTAMANT, V.; TRAD, L.A.B. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares **Cad. Saúde Pública,** v.21, p.6, p.1865-1874, 2005.

CAETANO, M.C.; CAVALCANTE, M.; ORTIZ, T.T.; SILVA, S.G.L.; SOUZA, F.I.S.; SARNI, R.O.S. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **J Pediatr.,** v.86, n.3, p.196-201, 2010.

COTTA, R.M.M.; REIS, R.S.; CARVALHO, A.L.; BATISTA, K.C.S.; CASTRO, F.A.F.; ALFENAS, R.C.G. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis: Rev Saud Colet,** v.18, n.4, p.745-66, 2008.

DESSEM, M.A.; POLONIA, A.C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia,** v.17, n.6, p.21-32, 2007.

GOLIN, C.K.; TOLONI, M.H.A.; LONGO-SILVA, G.; TADDEI, J.A.A.C. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Rev Paul Pediatr.,** v.29, n.1, p.35-40, 2011.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cienc Saud Colet.,** v.16, n.1, p.881-892, 2011.

GUSMAN, C.R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães.** 2005. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

HAYAKAWA, L.Y.; MARCON, S.S.; HIGARASHI, I.H.; WAIDMAN, M.A.P. Rede social de apoio à família de criança internada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.3, p.440-445, 2010.

JUSSANI, N.C.; SERAFIM, D.; MARCON, S.S. Rede social durante a expansão da família. **Rev Bras Enferm.**, v.60, n.2, p.184-189, 2007.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; BOTELHO, M.I.V.; FRANCESCHINI, S.C.C.; ARAÚJO, R.M.A.; LOPES, L.L. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis: Rev Saud Colet**, v.20, n.1, p.261-281, 2010.

MARTINS, E.J.; GIUGLIANI, E.R.J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **J Pediatr.**, v.88, n.1, p.67-73, 2012.

MAZZA, V.A. **Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde**. 2007. 126 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 408p.

MOREIRA, M.C.; SARRIERA, J.C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.4, p.781-789, 2008.

MORGADO, C.M.C.; WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Cienc Saud Colet.**, v.18, n.2, p.367-376, 2013.

QUINLAN, R.J.; QUINLAN, M.B.; FLINN, M.V. Parental investment and age at weaning in a Caribbean village. **Evol Hum Behav.**, v.24, n.1, p.1-16, 2003.

REIS, R.S. **No seio da vida: fatores facilitadores e dificultadores da praxis do aleitamento materno**. 2011. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição). Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.M.; RAUEN, M.S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, v.21, n.6, p.739-748, 2008.

SANICOLA, L. **L'intervento di rete**. Napoli: Liguori Editore; 199. 368p.

SANTOS, C.S.; CORIOLANO, M.W.L.; SETTE, G.C.S.; LIMA, L.S. Alimentação complementar do lactente: subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.3, p.536-54, 2010.

SANTOS, C.S.; LIMA, L.S.; 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.**, v.7, n.4, p.373-380, 2007.

SARTI, C.A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez; 2011. 152p.

SOUZA, M.H.N. **A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio**. 2006. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.

SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. A utilização do referencial metodológico de redes sociais na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Rev Latin Am Enferm.**, v.17, n.3, p.354-360, 2009.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G.; GASPERI, P.D.; SIEDLER, M.J. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.1, p.98-106, 2006.

VIEIRA, C.S.; MELLO, D.F.; OLIVEIRA, B.R.G.; FURTADO, M.C.C. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.**,v.12, n.1, p.11-19, 2010.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL – ARTIGO 4

Representações Sociais de mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade: compreendendo a percepção materna acerca da alimentação infantil.

RESUMO:

Objetivo: Identificar e compreender, sob a ótica materna, os significados da alimentação complementar como parte do cuidado nos primeiros dois anos de idade da criança. **Métodos:** estudo de natureza qualitativa, cuja coleta de dados se deu por meio de visitas domiciliares mensais durante os meses de março de 2011 a setembro de 2012, utilizando como técnicas a entrevista semiestruturada e a observação participante. Compôs o grupo de estudo, 18 mães de crianças menores de dois anos de idade (86% da população de referência cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Viçosa, Minas Gerais). **Resultados:** as representações sociais das mulheres-mães foram construídas sob a perspectiva de cinco dimensões, que conformam a totalidade dos significados atribuídos acerca da alimentação infantil: dimensão do cuidado, dimensão da socialização, dimensão dos mitos e crenças acerca da prática alimentar infantil, dimensão do processo saúde-doença-adoecimento e dimensão econômica. **Conclusão:** a escolha dos alimentos, o modo, quando e por que oferecê-los às crianças, é estabelecido por meio de significados culturalmente determinados, relacionando-se às representações, ao imaginário social e às crenças maternas.

Palavras Chave: representações sociais, alimentação complementar, cuidado da criança, comportamento alimentar.

INTRODUÇÃO

A prática alimentar configura-se como um processo complexo, por articular os contextos sociais, econômicos, psicológicos e culturais em que o indivíduo está inserido (POULAIN, 2006). Embora a alimentação seja entendida como um ato instintivo ela não o é, uma vez que o processo alimentar é construído e aprendido nas relações pessoais, apresentando significado e simbolismo de acordo com a bagagem histórica e cultural dos indivíduos (GARCIA, 1994; STEFANELLO, 2008). Da mesma forma, a prática alimentar infantil não é determinada unicamente pelas necessidades biológicas da criança, mas é influenciada pelos contextos histórico, cultural, econômico e psicológico do ambiente em que vive, tendo a figura materna papel de destaque neste processo de construção do hábito alimentar (CASTRO et al., 2008; ROSSI et al., 2008). Assim, faz-se necessário conhecer a realidade e as vivências sociais destas mulheres, levando em consideração os seus pensamentos, sentimentos, angústias, vivências e percepções (SALVE e SILVA, 2009). Nesta perspectiva, os agentes socioculturais presentes no cotidiano das famílias e o caráter subjetivo, constroem a realidade e suas experiências, emergindo daí as representações sociais das mulheres sobre a introdução de alimentos complementares dos seus filhos (STEFANELLO 2008; SALVE e SILVA, 2009).

Segundo MOSCOVICI (2010), as representações sociais são uma forma de conhecimento do senso comum, elaborado e compartilhado socialmente. Por meio delas, compreende-se o pensamento, o sentimento e as ações dos indivíduos, relacionados não apenas às questões objetivas relativas ao contexto histórico e social de um fato ou sujeito, mas também às subjetividades que dizem respeito aos valores, cultura, crenças e opiniões.

Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo identificar e compreender, sob a ótica materna, os significados da alimentação complementar como parte do cuidado nos primeiros dois anos de idade da criança.

SUJEITOS E MÉTODOS

Descrição espaço-temporal

A pesquisa foi realizada no período de março de 2011 a setembro de 2012 no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata mineira. O município fica distante 225 km da capital Belo Horizonte. Existem atualmente em Viçosa, 15 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Desenho do estudo, população estudada e coleta de dados

O presente trabalho fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionada à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo em que vivem (MINAYO, 2007).

Foram acompanhadas mensalmente, por meio da Visita Domiciliar (VD), 18 mães de crianças menores de dois anos de idade, juntamente com suas respectivas crianças, todas cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e a observação participante para a coleta dos dados. O binômio mãe-filho faz parte de um estudo maior, iniciado por Reis (2011), os quais, também por meio da VD, foram acompanhados mensalmente, desde o oitavo mês de gestação até o sexto mês de vida criança. Para compor o quadro do estudo, foram contatadas todas as gestantes cadastradas na ESF de Viçosa cuja Data Provável do Parto estivesse situada entre a primeira semana de agosto e a segunda de setembro de 2010, totalizando 22 gestantes que participaram do referido estudo. Destas, 82% (n=18) aceitaram continuar o acompanhamento por meio das VD, compondo, portanto, a população do presente estudo.

Durante a realização de cada VD, que durava aproximadamente uma hora e quinze minutos, as mães eram primeiramente ouvidas em suas motivações e angústias – o objetivo era dar voz as mães estimulando a expressão e reconhecimento das dúvidas, sensações, anseios, satisfações e insatisfações, em relação ao cuidado à

criança, além de se identificar os principais aspectos que facilitavam e/ou dificultavam a prática da alimentação infantil. Em seguida, as mães eram cuidadosamente aconselhadas sobre a alimentação complementar saudável, higiene e manipulação dos alimentos, além de serem orientadas em relação ao uso dos materiais educativos (folders, cartilhas, livro de receitas) que foram desenvolvidos pelos pesquisadores especificamente para este estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas pela pesquisadora em seu diário de campo.

Análise dos dados

O *corpus* dos dados foi analisado por meio da *Análise de Conteúdo*, que consiste em identificar os núcleos de sentido, cuja presença ou frequência tenham significado e relevância para os objetivos do estudo, que compreendeu as seguintes etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2008).

Com relação à fundamentação teórica, este trabalho utilizou a *Teoria das Representações Sociais* descrita por Moscovici (2010) para a compreensão da percepção materna acerca da alimentação infantil.

RESULTADOS

Caracterização das famílias

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados a fim de se conhecer o perfil do grupo estudado. A média de idade materna foi de $27,7 \pm 6,7$ anos (Mediana: 27 anos; Mínimo: 18 anos; Máximo: 42 anos). Quanto à ocupação, 55,56% (n=10) das mulheres-mães entrevistadas eram donas de casa; as demais eram empregadas domésticas (n=3), estudante de nível superior (n=1), cozinheiras (n=2), secretária (n=1) e assistente de produção (n=1). A renda per capita média das mães foi de R\$ 278,65 (salário mínimo da época: R\$ 622,00).

Representações Sociais acerca da alimentação infantil

Identificamos, no presente estudo, que as representações sociais das mulheres-mães foram construídas sob a perspectiva de cinco dimensões (Figura 1), que conformam a totalidade dos significados atribuídos acerca da alimentação infantil e que serão cuidadosamente apresentados neste trabalho.

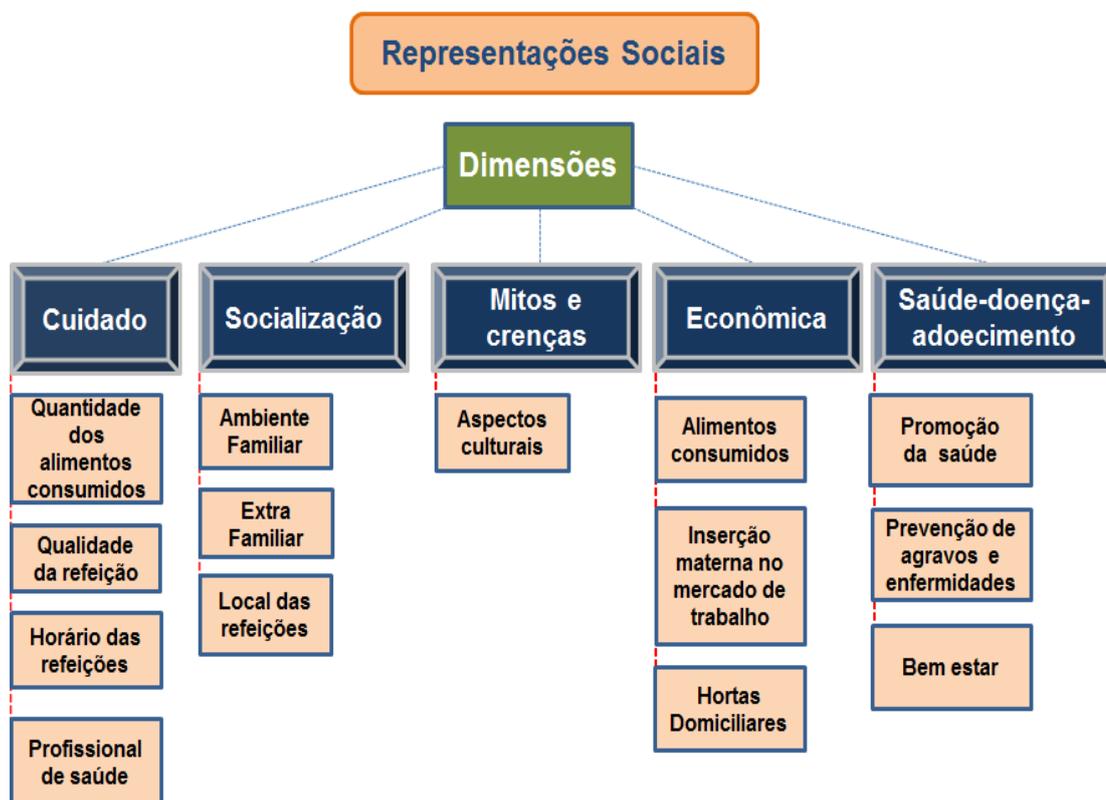


Figura 1: Dimensões das representações sociais das mulheres-mães acerca da alimentação infantil, Viçosa, 2011-2012.

Dimensão do Cuidado

Referente à dimensão do cuidado, observamos que as mulheres-mães consideram importante para a alimentação infantil que alguns alimentos específicos não falem à criança, como carnes, frutas e legumes, considerados por elas como alimentos essenciais para o seu desenvolvimento, conforme se ilustra a seguir:

“Não deixo faltar nada para ela (...) me preocupo em oferecer todos os alimentos que são bons, mas não deixo faltar mesmo é carne, frutas e legumes. Esses eu considero os mais importantes de todos.”

Outro aspecto interessante encontrado no presente estudo sobre o cuidado materno acerca da alimentação infantil relaciona-se a quantidade dos alimentos ingeridos pelas crianças em relação às percepções maternas. Ao mesmo tempo em que a mulher-mãe se sente satisfeita em relação à quantidade ingerida pelas crianças, existe a preocupação decorrente da neofobia alimentar infantil, aspecto comumente observado nesta faixa etária e relatado na literatura científica:

“Conheço mães que acham que só porque tem muita variedade de alimentos para oferecer para criança já está bom (...) colocam vários legumes de uma vez no prato, mas não preocupam se a criança realmente comeu ou não. Ai eu pergunto: do que adianta ter feito isso tudo se o filho mesmo não comeu quase nada?”

“Tenho muita sorte com ele, porque ele come de tudo, não rejeita nada que coloco no prato. Come desde jiló picado bem pequeno até carne.”

“Ela é muito ruim para comer e isso me preocupa muito. Às vezes eu sinto que não cuido direito da minha própria filha, porque nem sempre consigo fazê-la comer o que deve.”

Os sentimentos maternos de frustração e preocupação que surgem diante a recusa alimentar das crianças, as fazem pensar que são incapazes de alimentar e conseqüentemente, de cuidar dos próprios filhos. As preocupações acerca desta recusa vão além da quantidade dos alimentos ingeridos, remetendo à importância do valor do nutricional ingerido pelas crianças. Segundo tais mulheres, elas se preocupam em oferecer alimentação colorida aos filhos, com variedade de alimentos, prezando por escolhas alimentares saudáveis, como consumo de frutas, legumes, verduras, carnes, redução no consumo de sal e óleo e de alimentos ultraprocessados, como refrigerantes, biscoitos e embutidos:

“Desde que comecei a ser orientada, você mesma é testemunha como mudou a alimentação daqui de casa. Minha preocupação hoje é em relação à qualidade dos alimentos que ofereço aqui em casa.”

“Me preocupo mesmo com a alimentação dela. Evito biscoito recheado, refrigerante, balas, doces. Prefiro dar uma fruta, um suco, uma salada de frutas.”

“Faço salada todos os dias e ela (criança) está aprendendo direitinho a consumir até almeirão e serralha, que são amargos, mas são bons para ela. Hoje eu sinto que cuido direitinho da minha família. Antes eu não cuidava direito porque não sabia o que era certo e o que era errado. Eu escutava falar assim, em programas de televisão, mas mesmo assim eu não fazia as coisas certinhas não.”

Ainda, nesta percepção de cuidado, as mulheres-mães destacam também o horário em que as refeições são realizadas pelas crianças, em especial o almoço e o jantar. Cuidar do horário da refeição é considerado pelas mulheres-mães como de grande importância, por influenciar não apenas na quantidade, mas também na qualidade dos alimentos ingeridos:

“Eu percebi que o dia que ela tomava o café da manhã um pouco mais tarde, ela comia menos no almoço. E ficava o dia inteiro ruim para comer (...). O que faço então? Quando ela acorda um pouco mais tarde, eu não dou a fruta para ela (entre café da manhã e almoço), para não atrapalhar o almoço.”

“Meio dia em ponto eu coloco o almoço para ela. Já percebi que quando estamos na casa da minha sogra e o almoço sai mais tarde, ela fica agitada e eu fico preocupada porque ela está com fome.”

Ainda, em relação à *dimensão do cuidado*, o profissional de saúde destacou-se como figura importante na promoção da prática alimentar infantil, por proporcionar, além de orientações acerca do cuidado à criança menor de dois anos de idade, conforto, segurança e confiança às mães. Segundo tais mulheres, a presença deste profissional, seja por meio de consultas de puericultura realizadas nas UAPS e/ou por meio de VD, onde através do nutricionista elas eram aconselhadas em relação à alimentação dos seus filhos, permitiu com que elas, além de se sentirem capazes de cuidar da alimentação das crianças, entendessem o porquê de se oferecerem os alimentos em tempo oportuno, propiciando o empoderamento destas mulheres:

“Eu acho que toda casa devia receber um nutricionista para orientar as mães. É muito importante para gente aprender e se sentir mãe de verdade (...) eu não sabia tanta coisa que hoje eu sei. Não há preço que pague a sua presença aqui. Hoje eu sei o porquê de dar isso ou aquilo e o porquê de se evitar.”

“O sentimento que eu tenho por ter sido acompanhada por nutricionista em minha casa é o de segurança. Hoje sou muito mais segura do que em relação à minha primeira filha.”

“A médica do posto orienta dar a ele uma alimentação saudável. Fico feliz porque eu vejo que ela realmente preocupa com a gente, igual a você.”

De entre os relatos, algumas mulheres-mães enfatizaram a importância do profissional de saúde saber ouvi-las, e não apenas estabelecer o que deve ou não ser feito em relação aos cuidados da criança. Alegam que, a maioria das experiências que já tiveram com profissionais de saúde, elas sequer foram ouvidas, o que as

desmotivavam a procurar pelos serviços, em especial quando se trata de cuidados acerca da alimentação infantil, em que muitas vezes as situações eram simplesmente impostas, sem levar em consideração se elas tinham condições de seguir tais orientações:

“Me sinto como um bicho quando eles (profissionais de saúde) mal olham para mim. A gente chega, senta, começa a falar e eles já dão a receita. Só pesam o menino porque deve ser obrigado lá no posto, porque nem falar qual o peso eles falam.”

Ainda, segundo tais mulheres, o grande diferencial do presente estudo foi exatamente estar presente no cotidiano, conhecendo a realidade de vida de cada uma, saber ouvi-las e trocar experiências por meio do vínculo estabelecido:

“Pela primeira vez na minha vida eu fui ouvida de verdade. E foi exatamente por ser ouvida, que acabou a barreira que eu tinha com nutricionista e por isso eu consegui aos poucos mudar a alimentação daqui de casa, porque vou ser sincera: eu detestava nutricionista.”

“Olha só como uma coisa simples muda tudo: hoje eu cuido muito melhor da minha filha porque você me ensinou muito. Eu só tenho a agradecer por tudo.”

Destacam-se também os significados atribuídos pelas mulheres-mães em torno dos cuidados dispensados às crianças menores de dois anos de idade, uma vez que o *alimentar* não se relaciona apenas ao preparo e oferta dos alimentos, ou para àquelas que ainda amamentam seus filhos, oferecer o peito à eles. Refere-se, principalmente ao vínculo, ao carinho e aos sentimentos maternos em relação à criança, enfatizando, portanto, a importância da afetividade entre mãe e filho no processo alimentar:

“As pessoas acham feio ela estar com quase dois anos e eu ainda dar o peito para ela. Eu amo este momento, embora ela me morda muito e fique mais brincando do que mamando. Além de alimentar eu passo amor para ela e tenho certeza que ela sente isso.”

“A melhor sensação que eu já experimentei na vida foi o dia que você me mostrou a curvinha de crescimento dele e ver o tanto que ele desenvolveu (...). Antes eu estava com muito medo, porque ele estava só perdendo peso, não desenvolvia (...) cuidar do meu filho é bom demais.”

Dimensão da socialização

Emergiram como percepções maternas acerca da alimentação infantil a *dimensão da socialização*. Identificamos, sob a ótica materna, a importância da criança se alimentar juntamente com familiares além do convívio social da família.

Este achado nos remete à importância dos aspectos culturais e sociais os quais as famílias estão inseridas, por fazerem parte do cotidiano destas crianças e por contribuírem para a construção da história de vida de cada uma delas. Algumas mulheres-mães destacam a importância das refeições realizadas aos domingos, onde se aglomeram grande número de membros familiares em um mesmo domicílio:

“É muito bom para criança crescer convivendo com muita gente. Eu gosto mesmo é do domingo: vamos todos para casa da minha mãe e almoçamos todos juntos (...) é desse jeito que criança aprende a comer (...) até mesmo àquelas que dão trabalho para almoçar quando estão sozinhas com a mãe, quando juntam com outras crianças, comem direitinho.”

Destacam-se também relatos que se diferem em relação à percepção materna acerca da socialização alimentar infantil: aquelas que primam pelas refeições realizadas ao redor da mesa, e outras que consideram que o local em que a refeição é realizada não possui relevância. No primeiro aspecto, as mães consideram importante o se alimentar em torno da mesa não apenas como apoio físico, mas em especial por fazer parte da construção do hábito alimentar da criança, como parte de um ritual socialmente construído acerca da alimentação, onde as pessoas sentam-se ao redor da mesa para realizar as refeições, permitindo a expressão de sentimentos e a (re)construção de laços, vínculos, valores e crenças. Em relação àquelas que não possuem o hábito de se alimentar sentadas em torno da mesa, estas afirmam que o importante é a criança comer todo o alimento oferecido, sendo o local de pouca importância para elas, mesmo que para isso seja necessário colocar a criança a frente da televisão, hábito observado em alguns domicílios do presente estudo:

“Eu gosto disso: comer todos ao redor da mesa, juntos, no mesmo horário, com o pai, a mãe, o irmão e quem mais estiver em casa, até mesmo se for visita. Porque aí quando vamos para casa da minha mãe aos finais de semana, ela já está acostumada a comer com as pessoas conversando ao lado dela, e não distrai com bobearias.”

“O único momento em que reunimos todos da minha casa é o horário do almoço e às vezes do jantar. Não abro mão de sentarmos todos à mesa (...), porque para mim é o momento mais importante do dia (...) quero que meus filhos cresçam neste meio e façam isso quando forem adultos.”

“Tem casa que as pessoas só comem se for sentados à mesa. Para mim se tem mesa ou não, não faz diferença nenhuma. O importante é ele (o filho) comer tudo. E ele só come na frente da televisão assistindo desenho. Se não for assim, não almoça quase nada.”

Percebe-se que as representações sociais das mulheres-mães vinculam-se ao simbólico, e o ambiente onde a refeição ocorre terá significados diferentes de acordo com os costumes do grupo social ao qual a mulher-mãe está inserida.

Dimensão dos mitos e crenças acerca da alimentação infantil

No presente trabalho, foi possível identificar um forte sistema de crenças que direta ou indiretamente, influenciam nas escolhas alimentares e na percepção das mulheres-mães em relação aos cuidados dispensados a seus filhos. A prática alimentar infantil está envolta por um conjunto de mitos e crenças enraizadas culturalmente, e que fazem parte não somente do cotidiano das mulheres entrevistadas, mas constituem um conjunto de valores transmitidos entre as gerações e que possuem significados para tais mulheres, por fazerem parte de suas histórias de vida.

Algumas mães relataram que sempre que a criança deseja consumir determinado alimento, o mesmo deve ser oferecido a ela, em especial quando o consumo for realizado por adultos. Ainda, segundo tais mulheres, se a criança não consumir estes alimentos, elas ficam “*sentidas*”, sendo necessário, portando, levá-las para “*benzer*”, sendo este ritual realizado normalmente por pessoas consideradas de grande sabedoria por elas, geralmente mulheres idosas. As mães mencionam ainda que criança “*sentida*” apresenta dificuldade para comer, perda de peso, irritabilidade ou apatia e diarreia, sendo este último considerado por elas o mais grave, pois significa que a criança está “*sentida*” há vários dias, apresentando, portanto, o que elas denominam de “*sentimento passado*”:

“Tem gente que não acredita, mas criança é muito sensível. Se ela pedir alguma coisa e você não der, ela fica sentida. A primeira coisa que acontece é ficar chorosa, irritada, e depois atrapalha o apetite. A única solução é levar para benzer”.

“Cada criança sente diferente. Umas dormem muito, outras choram muito (...) até o intestino solta (diarreia). Quando chega a este ponto, é porque o sentimento já está passado e só a benção de vários dias é que melhora a criança.”

Os diferentes credos populares das mulheres entrevistadas também revelam aspectos importantes: embora a aceitação da personificação criada acerca da figura da benzedeira não seja aceita por uma mãe, seus relatos revelam que as representações sociais desta mulher vai ao encontro das impressões maternas realizadas pelas demais entrevistadas em relação a situações vivenciadas pelos seus filhos, apresentando para elas, o mesmo significado, porém com olhares e soluções diferentes de acordo com a visão de mundo de cada uma:

“Eu não acredito em benção, porque sou evangélica. Acredito em oração e ela (criança) teve vontade uma vez de comer um pão doce que a minha sobrinha estava comendo e não deu a ela. Ela ficou tão mal que até internou (...). A médica disse que era virose, mas tenho certeza que não era. Ai o pastor foi no hospital, fez uma oração nela e ela melhorou.”

De entre os relatos, algumas mulheres-mães revelam dados interessantes que remetem às medidas de resultado do Modelo Transteorético, denominado *Decisional Balance*, baseado na percepção do indivíduo frente às consequências de suas tomadas de decisões, por considerar os prós e os contras que determinada mudança de comportamento pode trazer a ele (Prochaska et al., 1994).

“Eu sei que café não é bom, porque ele fica agitado, (...) mas minha sogra dá à ele assim mesmo (...), mas deixo porque pior do que dar o café é não dar e ele ficar sentido.”

Identificamos também mitos acerca dos alimentos oferecidos às crianças, por considerarem nocivos à elas.

“Ovo eu só dou no almoço para ela. Já dei na janta, mas minha sogra (que cuida durante dia) ficou sabendo e brigou demais depois comigo. Ela conhece pessoas que foram para o hospital por comer ovo à noite e fala que com criança é pior ainda.”

Os mitos e crenças de que um alimento se consumido em determinado horário poderá ser prejudicial à criança faz parte de um conjunto de significados atribuídos pelas mães entrevistadas acerca do ritual da alimentação, contextualizado na história de vida de e nos valores de cada um.

Dimensão econômica

No presente estudo, as representações sociais das mulheres-mães acerca da prática alimentar infantil estão sobre a influência dos aspectos econômicos da família. Algumas mães relataram que poderiam oferecer melhor qualidade de vida melhor a seus filhos se as condições econômicas propiciassem a aquisição de alimentos de maior custo, como as frutas, as carnes e alguns legumes. Estes alimentos foram mencionados por elas como de grande importância para o crescimento e desenvolvimento infantil, referindo-se às carnes como alimentos consumidos diariamente por pessoas de poder aquisitivo mais elevado e às frutas como alimentos que podem ser comprados com limitações de variedades, devido o elevado custo econômico destes alimentos.

Identificou-se também a percepção de que os chamados “*carne consumida por ricos*”, são como peixe e carne bovina de primeira qualidade e as “*carne consumida por pobres*”, são as salsicha, linguiça suína e músculo bovino. Ao mesmo tempo em que mencionam as limitações financeiras em relação à aquisição de alguns alimentos, reforçam que os filhos se alimentam do que de melhor podem oferecer.

“Eu dou o que tenho de melhor para ela. Infelizmente o meu melhor é linguiça e músculo bovino. Mas não posso reclamar porque tem gente que nem isso tem para dar para os filhos”.

“Cuido dele, não deixo faltar nada, dentro das minhas condições financeiras. E aprendi com você que dentro das minhas condições, eu posso oferecer alimentação saudável para meus filhos, retirando umas coisas que fazem mal e que não tem necessidade de comer.”

Encontrou-se ainda a importância do cultivo de hortas que foram realizados em domicílios, em especial os de baixa renda familiar. As mães mencionam que visualizaram na prática que é possível consumir verduras e legumes (de fácil cultivo e que requerem pouco espaço), diariamente, além de terem aprendido a aproveitar as frutas de época que existem em alguns quintais como limões, laranjas ácidas, mexericas, goiabas, romãs e mamões. Ainda, segundo as mães, apenas com a renda familiar e com as poucas informações que tinham em relação à prática alimentar saudável, dificilmente iriam oferecer estes alimentos diariamente às crianças, se não tivessem sido aconselhadas e encorajadas a cultivar as hortas. Ademais, sentem-se

como agentes das mudanças alimentares que ocorreram nas famílias, destacando, portanto, a importância da figura materna nas práticas alimentares infantis:

“Eu nunca tinha pensado em fazer uma horta aqui em casa, porque o espaço é pequeno. Mas graças a você e à Deus, que te colocou aqui, eu fiz e hoje faço verduras todo dia aqui em casa. Pode parecer mentira, mas o dinheiro daqui de casa não dava para fazer verduras todo dia. ”

“Se dependesse do meu marido essa horta já teria acabado, porque nem água ele joga nela. Quem cuida dela sou eu, e se todos aqui em casa comem verduras, eles devem isso à você e à mim.”

Interessante observar também que as representações sociais das mulheres inseridas no mercado de trabalho apontam apenas para percepções positivas em relação aos cuidados dispensados às seus filhos, por considerarem que sem o trabalho delas, as crianças dificilmente teriam consumo variado de legumes, carnes, frutas, verduras e cereais. Por meio dos relatos, foi possível identificar que, o fato destas mães terem condições de entrar em um supermercado e poderem escolher quais os alimentos levarão à seus filhos sem ter que adquirir sempre os mesmos legumes e/ou frutas, significa além de liberdade de escolha - mesmo que com certas limitações - um sentimento de *ser* no mundo, de *poder cuidar* da alimentação dos seus filhos e de não dependerem de ninguém. Revelam também que, embora para elas, a ausência no lar e o fato de ter que deixar os filhos sob os cuidados de terceiros (avós, tias e creches), seja um aspecto que emocionalmente não as agradem, o significado atribuído a esta ausência e os resultados obtidos as convencem de que fazem o melhor para seus filhos:

“Me dói sair para trabalhar (...) mas quando vejo os olhinhos dele brilhando quando chego em casa com melancia ou cachos de uva (...) me dá uma sensação tão boa que nem sei explicar direito (lágrimas). Dou para ele aquilo que eu mesma nunca tive.”

Dimensão do processo saúde-doença-adoecimento

Pelos depoimentos das mulheres-mães, observa-se a presença da alimentação vinculada ao processo saúde-doença-adoecimento, ou seja, as opções maternas acerca dos alimentos que são oferecidos aos seus filhos podem contribuir para prevenção de agravos e enfermidades e a promoção da saúde, tendo em vista a aquisição de hábitos alimentares adequados. Destacam ainda que, por meio dos

alimentos, é possível melhorar a qualidade de vida não apenas da criança, mas de toda a família:

“Quando eu vejo meu filho assim saudável, esperto, forte, sem ter nem gripe, eu comparo como ele estava antes de eu mudar a alimentação e de você pedir para o pai dele ajudar a comprar a comida e aí eu vejo como a alimentação faz diferença na vida da gente.”

“Desde quando comecei a ser orientada sobre a alimentação daqui de casa e modificamos os alimentos consumidos, eu percebi que até o intestino dela melhorou e não precisa mais colocar supositório nela.”

As mães atribuem o ganho de peso, o crescimento adequado, apetite, ausência de anemia, sono tranquilo, frequência e consistência das fezes, concentração nas atividades realizadas e aprendizado como aspectos que refletem o bem estar da criança, tendo os alimentos papel fundamental para a melhora da qualidade de vida das crianças.

Destaca-se ainda que as mulheres-mães atribuem a episódios como diarreia/intestino preso, agitação noturna, gripes frequentes, perda e/ou ganho insuficiente/excessivo de peso, como possíveis consequências de incoerências alimentares, podendo às vezes ter origem diretamente relacionada à alimentação inadequada nutricionalmente ou pelas condições higiênico-sanitárias impróprias dos alimentos consumidos.

“Eu dei sulfato ferroso para ela (criança) direitinho porque você me explicou a importância de dar e olha só: ela nunca teve anemia, diferente do meu filho mais velho (...) eu não dei direito porque não sabia a importância de dar e ele teve anemia.”

“Ele ficou quatro dias com o pai e voltou mais magro e com intestino solto. Com certeza comeu só besteira. Quando fui busca-lo descobri que estavam tomando água sem ser filtrada e não comia direito. Aí não tem jeito, adoce mesmo.”

DISCUSSÃO

A prática alimentar infantil é um processo complexo, permeados por diversos fatores que influenciam o oferecimento dos alimentos às crianças, condicionado pelo ambiente onde a criança está inserida, bem como, pelos aspectos culturais, econômicos, sociais e familiares, tendo a mulher-mãe papel de destaque neste

processo (ROSSI, 2008; SANTOS, 2010; CAMPOS et al., 2012). Nesta perspectiva, a figura materna destaca-se, no contexto das políticas públicas de saúde, devido à sua característica de cuidadora e de maior preocupação com a saúde do núcleo familiar.

Neste estudo, de entre as representações sociais das mulheres-mães acerca da alimentação, destaca-se a dimensão do cuidado. O ritual da alimentação perpassa pelos aspectos simbólicos associados às relações familiares, fazendo com que a alimentação seja fortemente vinculada à mãe, pela influência exercida nas escolhas alimentares e pelos cuidados por ela oferecidos à criança (GARCIA, 1999; CASTRO et al., 2008). Segundo Romanelli (2006), os cuidados maternos acerca da alimentação infantil não se restringem apenas ao processo de introdução de alimentos, uma vez que a prática da amamentação estreita os laços existentes entre mãe e filho, possibilitando sentimentos de aconchego, carinho, cuidado e cumplicidade. Estes sentimentos não se esgotam ou diminuem durante o período de alimentação complementar, tornando o processo da introdução de alimentos um momento gratificante, devido os significados e simbolismos embutidos nesta prática. Estudo realizado por Salve e Silva (2009), objetivando compreender as representações sociais das mulheres-mães acerca dos alimentos complementares, identificou que as mesmas interpretam o processo alimentar infantil como uma forma diferenciada de ser mãe, em um momento de comunicação e interação com a criança diferente daquele que ocorre no período de aleitamento materno.

A preocupação materna acerca da quantidade dos alimentos consumidos pelas crianças é discutida na literatura científica como uma das maiores preocupações em relação a alimentação dos seus filhos, pois a rejeição aos alimentos constitui-se um problema enfrentado por inúmeras mães (CASTRO et al., 2008; PEROSA et al., 2011), indo ao encontro dos resultados do presente estudo. A recusa alimentar é algo complexo, uma vez que diversos fatores podem influenciar o resultado obtido pelas estratégias e orientações alimentares, como a aparência da refeição, a quantidade ofertada à criança, a palatabilidade, a consistência, o apetite e também a fase de desenvolvimento neuropsicomotor em que a criança se encontra (SANTOS et al.,

2007). Neste sentido, a criança deve ser encorajada a se alimentar, e não ser forçada, sendo necessário, portanto, ser assistida por um adulto responsável, uma vez que nesta fase de desenvolvimento da criança, a distração e/ou brincadeiras com a comida é comum. Para incentivá-la, o uso de pratos atrativos, coloridos, com sabor agradável e em um ambiente tranquilo poderá ajudá-la a se alimentar melhor (PEROSA et al., 2011). Além disso, a presença do profissional de saúde atuando juntamente com a mulher-mãe, esclarecendo possíveis dúvidas e orientando sobre as práticas alimentares infantis é fundamental para o empoderamento destas mulheres e para a multiplicação da prática alimentar infantil saudável (COTTA et al., 2008; CAMPOS et al., 2012).

Outro aspecto apreendido acerca das representações sociais foi a dimensão da socialização. As refeições, além de nutrirem, estão envoltas por rituais culturais carregados de significados e emoções associadas a determinados acontecimentos vivenciados, transcendendo, portanto, a função única de nutrir (CASTRO et al., 2008). De acordo com Stefanello (2009), a alimentação constitui-se como a primeira forma de socialização dos indivíduos, cabendo à família, e especialmente aos pais, a responsabilidade de socializarem as crianças não apenas em relação aos alimentos por serem considerados os primeiros educadores infantis, mas também aos demais indivíduos que compõem a sua rede social. As refeições constituem-se importantes oportunidades de interações familiares, com componentes estruturais embutidos de significados. Ademais, o aprendizado das crianças acerca dos alimentos se dá, além das suas próprias experiências, observando os adultos (CASTRO et al., 2008; ROSSI et al., 2008). Neste sentido, os indivíduos à volta da criança bem como o ambiente onde as refeições são realizadas, são importantes neste processo de socialização alimentar da criança realiza as refeições possui deve ser levado em consideração. Segundo Moscovici (2010), nossas percepções e sensações são respostas ao ambiente físico em que vivemos, a fim de reproduzir o mundo de maneira significativa. Estudo realizado por Francis e Birch (2006), objetivando analisar os efeitos causados na ingestão alimentar de crianças que realizavam as principais refeições assistindo

televisão, concluíram que a ingestão era comprometida, tanto para mais quanto para menos alimentos. Para Rossi et al. (2008), as crianças que realizam as refeições em família, na companhia dos pais e irmãos, tendem a consumir mais verduras, carnes, leite e derivados e cereais. Salve e Silva (2009) reiteram que as refeições realizadas em torno da mesa, apresentam significado além do aspecto do ambiente físico, por representar para as mães, a inserção da criança a um grupo social.

No presente estudo, identificamos também a dimensão dos mitos e crenças acerca da alimentação infantil. As escolhas alimentares infantis sofrem grande influência dos aspectos culturais, dos mitos e crenças de que determinados alimentos podem trazer algum malefício às crianças. Neste sentido, os valores culturais arraigados e os significados atribuídos acerca de determinados alimentos, fazem com os indivíduos assumam determinadas escolhas no processo alimentar (STEFANELLO, 2008). Em estudo realizado por Menella et al. (2004), objetivando explorar as crenças maternas relacionadas às práticas da amamentação e alimentação complementar, identificou que, embora as mães já conhecessem os benefícios de tais práticas, a grande maioria introduziu fórmulas infantis, chás e águas desde a primeira semana de vida das crianças. Segundo Baião e Deslandes 2010, as motivações dos indivíduos e o modo como ele interpreta o mundo em que vive determina o seu comportamento. Os mesmos autores reiteram que os significados atribuídos a determinados conceitos ou experiências orientam a postura dos indivíduos de assumir determinadas atitudes e se desvalir de outras.

A dimensão econômica, assim como encontrada no estudo de Garcia (2004), também apareceu no presente trabalho como representações sociais. As escolhas alimentares, além de sofrerem influência de fatores sociais, culturais e biológicos, são influenciadas também pelo preço dos alimentos (CASTRO et al., 2008; ROMANELLI, 2008; CLARO e MONTEIRO, 2010).

Estudo realizado por Lins et al. (2013), no estado do Rio de Janeiro, identificou que a prática da alimentação saudável estava associada ao aumento de renda da população, por apresentarem mais possibilidade de compra dos alimentos. O consumo

alimentar com altos teores de frutas, hortaliças e carnes tende a encarecer o orçamento doméstico e famílias com número reduzido de membros que contribuem efetivamente com os gastos no domicílio e que recebem salários baixos, tendem a consumir menos estes alimentos (DARMON et al., 2003).

Outra dimensão apreendida acerca das representações sociais das mulheres-mães é o processo saúde-doença-adoecimento. As percepções maternas acerca desta dimensão referem-se, sobretudo, às características nutricionais dos alimentos oferecidos às crianças que lhes permitam desenvolvimento satisfatório (SALVE e SILVA, 2009). Estudo realizado por Dias et al. (2008), com o objetivo de analisar as representações sociais do processo saúde-doença de mães de crianças menores de dois anos de idade, em um município da zona da mata mineira, evidenciou que as concepções de saúde destas mulheres baseavam-se em aspectos como alimentação saudável, hábitos de vida saudáveis, promoção de saúde e prevenção de agravos e enfermidades e não apenas em saúde como ausência de doença, indo ao encontro do evidenciado no presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo possibilitou compreender as representações sociais das mulheres-mães de crianças menores de dois anos de idade, evidenciando aspectos simbólicos que sustentam as práticas alimentares infantis.

Assim, para a compreensão dos significados maternos acerca da alimentação complementar, visualizamos aspectos que transcendem a pura oferta dos alimentos às crianças devido a uma necessidade biológica, por contemplar as dimensões do cuidado, da socialização, dos mitos e crenças acerca da prática alimentar, do processo saúde-doença-adoecimento e da dimensão econômica.

A escolha dos alimentos, o modo, quando e por que oferecê-los às crianças, é estabelecido por meio de significados culturalmente determinados, relacionando-se às representações, ao imaginário social e às crenças maternas que desempenham papéis em situações históricas de acordo com seu contexto social.

Como contribuições importantes do presente estudo, destaca-se a relevância da atuação do nutricionista tanto nos domicílios como nas UAPS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BAIAO, M.R.; DESLANDES, S.F. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Cienc Saud Colet.**, v.15, n.2, p.3199-3206, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008. 225p.

CAMPOS, A.A.O.; COTTA, R.M.M.; KELLY-SANTOS, A.; ARAÚJO, R.M.A. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. **Cienc Saude Colet** [periódico na internet] 2012 . [Citado em 17 de dezembro 2012]; [cerca de 10 p.]

Disponível em:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11051

CASTRO, L.M.C.; ROTENBERG, S.; DAMIÃO, J.; MALDONADO, L.A.; ROSADO, C.P.; BAPTISTA, N.O. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares. **Cad. Saude Colet.**, v.16,n.1, p.83-98, 2008.

CLARO, R.M.; MONTEIRO, C.A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.44, n.6, p.1014-1020, 2010.

COTTA, R.M.M.; REIS, R.S.; CARVALHO, A.L.; BATISTA, K.C.S.; CASTRO, F.A.F.; ALFENAS, R.C.G..Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis: Rev Saud Colet.**, v.18, n.4, p.745-766, 2008.

DARMON, N.; FERGUSON, E.; BRIEND, A. Do economic constraints encourage the selection of energy dense diets? **Appetite**, v.41, n.3, p.315-322, 2003.

DIAS, G.; FRANCHESCINI, S.C.C.; REIS, J.R.; REIS, R.S.;SIQUEIRA-BATISTA, R.; COTTA, R.M.M. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença **Hist Ciênc Saúde**, Manguinhos, v.14, n.3, p.779-800, 2007.

FRANCIS, L. A.; BIRCH, L. L. Does eating during television viewing affect preschool children's intake? **J Americ Dietetic Association**, v. 106, n.4, p.598-600, 2006.

GARCIA, R.W.D. Representações Sociais da Comida no Meio Urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. **Rev Cad Debate**, v.2, n.1, p.12-40, 1994.

GARCIA, R.W.D. **A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana**. 1999. 312p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GARCIA, R.W.D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. **Rev. Nutr.**, v.17, n.1, p.15-28, 2004.

LINS, A.P.M.; SICHIERI, R.; COUTINHO, W.; RAMOS, G. E.; PEIXOTO, M.V.M.; FONSECA, V.M. Alimentação Saudável, Escolaridade e Excesso de Peso Entre Mulheres de Baixa Renda. **Cienc Saude Colet.**, v.18, n.2, p.358-366, 2013.

MENELLA, J.A.; GRIFFIN, C.E.; BEAUCHAMP, G.K. Flavor Programming during infancy. **Pediatr.**, v.113, n.4, p.840-845, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 408p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes; 2010. 408p.

PEROSA, G.B.; CARVALHAES, M.A.B.L.; BENÍCIO MHD, SILVEIRA FCP. Estratégias alimentares de mães de crianças desnutridas e eutróficas: estudo qualitativo mediante observação gravada em vídeo. **Cienc Saude Colet.** v.16, n.11, p.4445-4464, 2011.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. UFSC; 2006. 311p.

PROCHASKA, J.O.; VELICER, W.F.; ROSSI, J.S.; GOLDSTEIN, M.G.; MARCUS, B.H.; RAKOWSKI, W.; FIORE, C.; HARLOW, L. L.; REDDING, C. A.; ROSENBLUM, D.; ROSSI, S. R. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychology**, v.13, n.1, p. 39-46, 1994

REIS, R.S. **No seio da vida: fatores facilitadores e dificultadores da praxis do aleitamento materno**. 2011. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição). Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

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

ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.M.; RAUEN, M.S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, v.21, n.6, p.739-748, 2008.

SALVE, J.M.; SILVA, I.A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta paul enferm.**, v.22, n.1, p.43-48, 2009.

SANTOS, C.S.; LIMA, L.S.; 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.**, v.7, n.4, p.373-380, 2007.

SANTOS, C.S.; CORIOLANO, M.W.L.; SETTE, G.C.S.; LIMA, L.S. Alimentação complementar do lactente: subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.3, p.536-541, 2010.

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. 2008. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CONCLUSÕES

- A VD mostrou-se como estratégia adequada e oportuna em se promover melhora da qualidade de vida da população estudada, ao possibilitar maior vínculo entre a pesquisadora e as mulheres-mães. Adentrar no domicílio e vivenciar a realidade de cada família, conhecer o contexto sociocultural, ouvir os questionamentos, as inquietações e as satisfações maternas em relação à alimentação infantil foram fundamentais para a efetividade dos aconselhamentos nutricionais realizados nas VD.

- Ocorreram mudanças no padrão alimentar das famílias estudadas, tanto em relação ao aumento quanto à redução do consumo de alguns alimentos. De entre os alimentos que anteriormente ao estudo eram pouco consumidos e que apresentaram elevação do consumo, estão as frutas, os legumes, as verduras, o leite e o feijão. Óleos, açúcares, biscoitos, sal, pães, arroz e macarrão estão entre os alimentos que apresentaram redução do consumo nestas famílias. Podemos inferir, portanto, que o aconselhamento nutricional configurou-se como excelente estratégia educativa, por propiciar mudanças comportamentais que melhoraram a qualidade de vida desta população.

- Além das crianças de menores de dois anos de idade e das mulheres-mães, os demais membros familiares que moravam no mesmo domicílio também apresentaram melhora no padrão alimentar, uma vez que no contexto familiar, a mulher-mãe foi a principal responsável pela aquisição, preparo e socialização dos alimentos oferecidos à família.

- O estudo bibliográfico evidenciou que, as ações de aconselhamento nutricional infantil são direcionadas aos profissionais de saúde, seguido das mulheres-mães. Embora os obstáculos ainda existam e necessitam serem criteriosamente trabalhados, as potencialidades presentes nesta prática superam os entraves, reforçando a importância da incorporação de ações de aconselhamento em alimentação, como

educação permanente dos profissionais de saúde e às políticas de atenção à saúde da criança.

- A rede social das mulheres-mães, composta pelos pais, avós, tias, amigos, profissionais de saúde e creches, apresentaram forte influência nas práticas alimentares infantis, se revelando tanto como uma rede de apoio como geradora de conflitos. Os principais responsáveis pela multiplicação da prática alimentar infantil saudável foram as mães, os pais, as tias, os profissionais de saúde e as creches. Em contrapartida, as avós, os avôs e os amigos foram os principais responsáveis pela oferta de alimentos não saudáveis às crianças.

- A prática alimentar infantil está permeada por fatores que facilitam e que dificultam a adequada realização deste processo. Encontrou-se, no presente estudo, como aspectos facilitadores, o acolhimento, a prática do aleitamento materno e do aconselhamento nutricional, a confiança (tanto em relação ao profissional de saúde da ESF quanto à pesquisadora), a utilização de materiais educativos utilizados neste estudo, as VD mensais e o vínculo estabelecido entre as mulheres-mães e a pesquisadora. Em relação aos dificultadores, encontrou-se o consumo de leite de vaca e de alimentos ultraprocessados, a consistência e a rejeição pelos alimentos, a permanência da criança em creches, os mitos e crenças que permeiam a alimentação infantil e a rede social. Alguns fatores encontrados no presente estudo foram considerados tanto facilitadores quanto dificultadores, como a escolaridade materna e a renda familiar

- As representações sociais das mulheres-mães foram construídas sob a perspectiva de cinco dimensões, que conformam a totalidade dos significados atribuídos acerca da alimentação infantil. Assim, a compreensão dos significados maternos acerca da alimentação complementar transcende a pura oferta dos alimentos às crianças devido a uma necessidade biológica, por contemplar as dimensões do cuidado, da socialização, dos mitos e crenças acerca da prática alimentar, do processo saúde-doença-adoecimento e da dimensão econômica.

- Considerando a percepção das mulheres-mães sobre aconselhamento nutricional realizado ao longo de 18 meses, observa-se que as diferentes técnicas e instrumentos utilizados ao longo do estudo (a atuação do nutricionista juntamente com as famílias, os materiais educativos utilizados, o diálogo entre mulher-mãe e pesquisadora, a escuta ativa dessas mulheres) constituíram-se elementos essenciais para a capacitação destas mulheres para o aumento do poder de decisão acerca dos alimentos oferecidos às crianças menores de dois anos de idade. Os depoimentos destas mulheres acerca dos aconselhamentos nutricionais reforçam a importância do vínculo, do acolhimento e da confiança estabelecidos entre profissional de saúde/usuário, uma vez que o envolvimento com as famílias, a escuta ativa, o olhar diferenciado direcionado a cada sujeito, entendendo-o em suas singularidades, particularidades, história de vida e contexto sociocultural, constituíram-se fatores essenciais para as mudanças ocorridas no comportamento alimentar destas famílias.

APÊNDICES

Apêndice I

Descrição Sistemática das Visitas Domiciliares realizadas no período de Março de 2011 a Setembro de 2012.

Visita Domiciliar	Grupo das ações	Atividades realizadas
VD 1 Março de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; ingestão alimentar, utilização de medicamentos e suplementos, ingestão de líquidos; ▪ Aconselhamentos nutricionais; ▪ Identificação dos aspectos facilitadores e dificultadores da alimentação complementar saudável. ▪ Folder: "Saiba como deve ser o preparo da papinha da criança"
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas.
VD2 Abril de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; ingestão alimentar, utilização de medicamentos e suplementos, ingestão de líquidos; ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de alimentação complementar referente a idade em que a criança se encontrava; ▪ Aconselhamentos nutricionais voltadas para a alimentação da nutriz; ▪ Folder: '<i>Alimentação Complementar: dos 6 meses aos 2 anos</i>'; ▪ Livro de Receitas: '<i>Minhas receitas</i>'; ▪ Identificação dos aspectos facilitadores e dificultadores da alimentação complementar saudável.
	Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães;

	Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas antropométricas; ▪ Aplicação do QFA em alguns domicílios (este instrumento não foi aplicado em todos os domicílios na VD2 por questões como disponibilidade da mulher-mãe em respondê-lo no momento, casa tumultuada e pela pouca abertura de uma da mulher-mãe).
VD 3 Maio de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; ingestão alimentar, utilização de medicamentos e suplementos, ingestão de líquidos. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de alimentação complementar referente à idade em que a criança se encontrava; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Aconselhamentos nutricionais enfatizando a importância de se prevenir a anemia nas crianças (alimentação + sulfato ferroso); ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Aplicação do QFA às mulheres-mães que ainda não haviam respondido; ▪ Elaboração de plano alimentar (este aspecto pode ser verificado em várias VD, uma vez que nem todas as mulheres-mães se sentiram motivadas na VD3 em relação às possíveis transformações alimentares). ▪ Folder: "Alimentação Saudável" destinado ao cuidado da família (assim como o comentário acerca da elaboração dos planos alimentares, este folder foi repassado e esclarecido às mães em VD diferentes. Tal fato pode ser explicado devido à diferença no período de reconhecimento da necessidade de possíveis modificações por parte das mulheres-mães, além de que em alguns

		domicílios, elas reconheciam a necessidade mas não estavam motivadas o suficiente para as possíveis mudanças em relação à prática alimentar).
VD 4 Junho de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; ingestão alimentar, utilização de medicamentos e suplementos, ingestão de líquidos; ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de alimentação complementar referente à idade em que a criança se encontrava; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar. ▪ Elaboração e cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Elaboração de plano alimentar e/ou reforço das orientações; ▪ Folder: “<i>Alimentação Saudável</i>” destinado ao cuidado da família.
VD 5 Julho de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; utilização medicamentos/suplementos; ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de alimentação complementar referente à idade em que a criança se encontrava; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança;

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar. ▪ Elaboração e/ou cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Elaboração de plano alimentar e/ou reforço das orientações; ▪ Folder: “<i>Alimentação Saudável</i>” destinado ao cuidado da família.
VD 6 Agosto de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; utilização de medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar. ▪ Elaboração e/ou cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Elaboração de plano alimentar e/ou reforço das orientações; ▪ Folder: “<i>Alimentação Saudável</i>” destinado ao cuidado da família.
	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação;

VD 7 Setembro de 2011		<p>utilização de medicamentos/suplementos, ingestão hídrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar. ▪ Elaboração e/ou cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações
VD 8 Outubro de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; utilização medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar. ▪ Elaboração e/ou cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas;

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço das orientações
VD 9 Novembro de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; utilização medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar. ▪ Elaboração e/ou cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações
VD10 Dezembro de 2011	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; utilização medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar. ▪ Elaboração e/ou cultivo de hortas domiciliares.

	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações.
VD11 Janeiro de 2012	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar; ▪ Elaboração e/ou cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações
VD12 Fevereiro de 2012	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Reforço e reconhecimento das práticas alimentares orientadas que foram colocadas em prática pelas mulheres-mães; ▪ Identificação dos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar; ▪ Cultivo de hortas domiciliares.
	Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães;

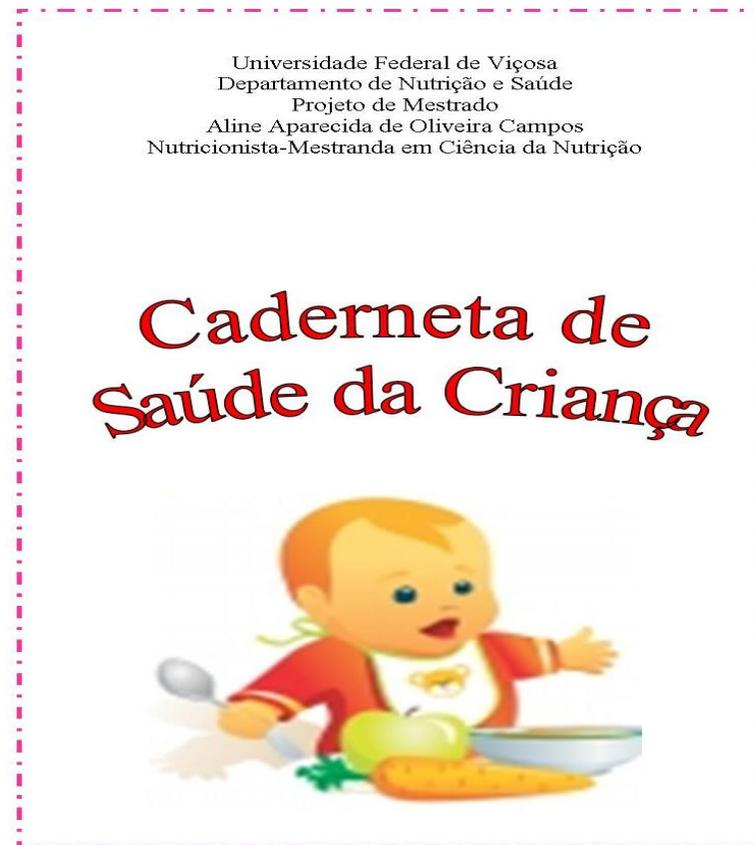
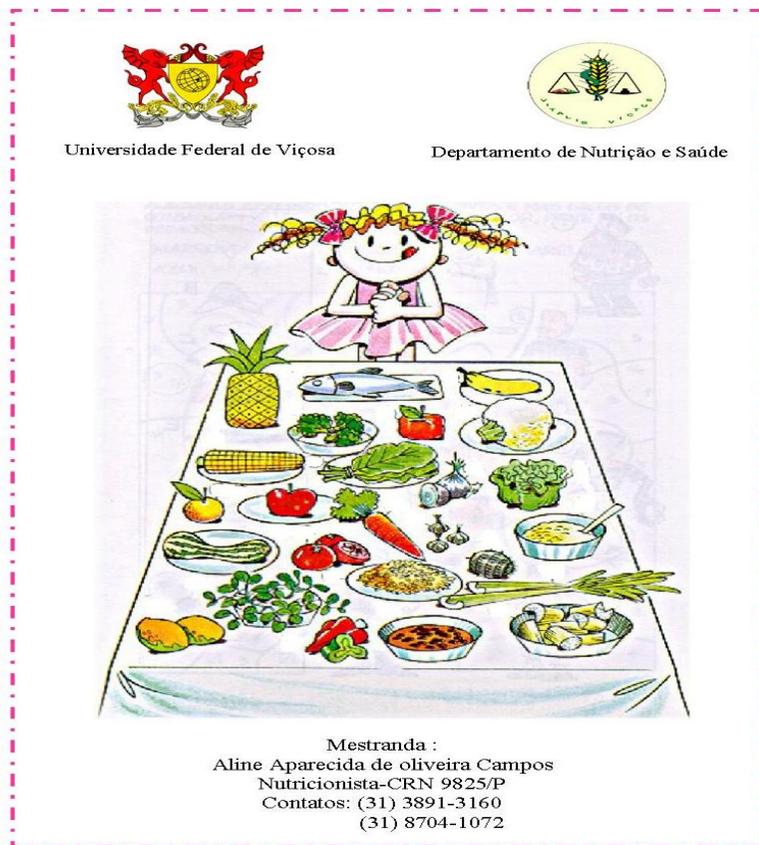
	Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações.
VD13 Março de 2012	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Cultivo de hortas domiciliares. ▪ Identificação da rede social da mulher-mãe* <p>*este aspecto foi acrescentado como sendo cuidado dispensado à criança, uma vez que se identificaram os membros da rede social que influenciam a prática alimentar das crianças.</p>
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações.
VD 14 Abril de 2012	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Cultivo de hortas domiciliares. ▪ Entrevista com os membros da rede social identificados na VD 13.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações. ▪ Aplicação do QFA novamente, transcorridos 12 meses.
VD 15		

Maio de 2012	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Cultivo de hortas domiciliares. ▪ Entrevista com os membros da rede social identificados na VD 13.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações. ▪ Aplicação do QFA novamente, transcorridos 12 meses.
VD 16 Junho de 2012	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Cultivo de hortas domiciliares. ▪ Entrevista com os membros da rede social identificados na VD 13.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações.
VD 17 Julho de 2012	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Identificação dos principais problemas encontrados pelas mulheres-mães sobre os cuidados dispensados à criança; ▪ Cultivo de hortas domiciliares.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das representações sociais acerca da prática alimentar infantil.
	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações.
VD18 * * final das VD para 15 domicílios	Cuidados da Criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Cultivo de hortas domiciliares. ▪ Identificação das representações sociais acerca da prática alimentar infantil.
Agosto de 2012	Cuidados Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamentos nutricionais destinados à prática alimentar das mulheres-mães; ▪ Medidas antropométricas; ▪ Reforço das orientações.
VD19 * *apenas para 3 domicílios, devido a data de nascimento das crianças. Setembro de 2012		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento nutricional: coleta de dados da criança: antropométricos; alimentação; uso medicamentos/suplementos, ingestão hídrica. ▪ Aconselhamentos nutricionais específicos de acordo com a realidade encontrada no domicílio; ▪ Cultivo de hortas domiciliares. ▪ Identificação das representações sociais acerca da prática alimentar infantil.

Apêndice II-a

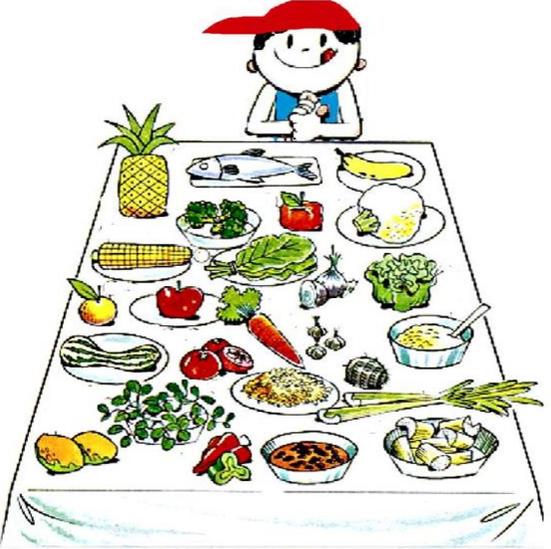
Caderneta de Saúde da Criança destinada às meninas



Apêndice II-b
Caderneta de Saúde da Criança destinada aos meninos


Universidade Federal de Viçosa


Departamento de Nutrição e Saúde



Mestranda :
Aline Aparecida de oliveira Campos
Nutricionista-CRN 9825/P
Contatos: (31) 3891-3160
(31) 8704-1072

Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde
Projeto de Mestrado
Aline Aparecida de Oliveira Campos
Nutricionista-Mestranda em Ciência da Nutrição

Caderneta de Saúde da Criança



__/__/__						
__/__/__						

AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA

Data (VD)	Data (exame)	Ferro (mg/dL)	Classificação
__/__/__	__/__/__		
__/__/__	__/__/__		
__/__/__	__/__/__		

OBS:

Data – VD	Idade	AMP	AMM	AA	OUTRO
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					

AMP: Aleitamento materno predominante; AMM: Aleitamento materno misto; AA: Aleitamento artificial.

OUTRO

Data – VD	Idade (dias)	Chá	Fórmula infantil	Leite de Vaca	Leite de Cabra	Leite de Soja
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						
__/__/__						

OBS:

___/___				
___/___				
___/___				
___/___				
___/___				
___/___				
___/___				
___/___				
___/___				
OBS:				

COMENTÁRIOS

Data - VD	COMO VIVENCIA O PROCESSO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	
___/___/___	

— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	
— / — / —	

Apêndice IV

Acompanhamento da Alimentação Complementar		
Nome: _____ Data: _____ Idade: _____ Telefone: _____ Mãe ou Responsável: _____ Comprimento: _____ cm Peso: _____ kg Peso ao nascer: _____ Intestino: Regular () _____ Irregular () _____ Fezes endurecidas sim () não ()		
Refeição e Horário	Alimentos/Quantidade	Preparo
Desjejum	Leite – Materno: Seio () Copo () Mamadadeira () Leite de Vaca: Integral () _____ Fazenda () _____ Farinha () _____ Achocolatado () _____ Fórmula Infantil () _____ Açúcar () _____ Iogurte () _____ Petit-suisse () _____ Chá () _____ Suco: Natural () _____ Artificial () _____ Pão () _____ Biscoitos - Doce () _____ Salgado () _____ Recheados () _____ Margarina /manteiga /requeijão- () Queijo- () Pão () _____ Fruta- () _____ Variedade – não () Sim () _____	TEMPEROS () Naturais _____ _____ () Industrializado _____ _____ ÓLEO UTILIZADO () Óleo de Soja () Azeite de Oliva () Banha () _____ _____ UTENSÍLIOS PARA OFERTA () Colher plástico () Colher de metal () Outros: _____ _____
Colação	Leite – Materno: Seio () Copo () Mamadadeira () Leite de Vaca: Integral () _____ Fazenda () _____ Farinha () _____ Achocolatado () _____ Fórmula Infantil () _____ Açúcar () _____ Iogurte () _____ Petit-suisse () _____ Chá () _____ Suco: Natural () _____	

	Artificial () _____ Pão () _____ Biscoitos - Doce () _____ Salgado () _____ Recheados () _____ Margarina /manteiga /requeijão- () Queijo- () Pão () _____ Fruta- () _____ Variedade – não () Sim () _____	
--	---	--

Almoço	Vegetal A () -Variedade – Não () Sim () _____ Vegetal B () - Variedade – Não () Sim () _____ Arroz () _____ Substituto Arroz () _____ Feijão () _____ Carnes: Frango () _____ Bovina () _____ Suina () _____ Peixe () _____ Ovo () _____ Fruta () _____ Doces () _____ Líquidos Suco Natural () _____ Artificial () _____ Refrigerante () _____ Água () _____	
--------	---	--

Lanche da tarde	Leite – Materno: Seio () Copo () Mamadeira () Leite de Vaca: Integral () _____ Fazenda () _____ Achocolatado () _____ Fórmula Infantil () _____ Açúcar () _____ Iogurte () _____ Petit-suisse () _____ Chá () _____ Suco: Natural () _____ Artificial () _____ Pão () _____ Biscoitos - Doce () _____ Salgado () _____ Recheado () _____ Margarina /manteiga /requeijão- () Queijo- () Pão () _____ Fruta- () _____ Variedade – não () Sim () _____	
-----------------	---	--

<p>Jantar</p>	<p>Vegetal A () -Variedade – não () sim () _____ Vegetal B () - Variedade – não () sim () _____ Arroz () _____ Substituto arroz () _____ Feijão () _____ Carnes: Frango () _____ Bovina () _____ Suina () _____ Peixe () Ovo () _____</p> <p>Fruta () _____ Doces () _____</p> <p>Líquidos Suco Natural () _____ Artificial () _____ Refrigerante () _____ Água () _____</p>	
<p>Ceia</p>		

*Fonte: Adaptado de GARCIA (2009)

Apêndice V

Folder- Alimentação Complementar: dos 6 meses aos 2 anos

Atenção aos alimentos que devem ser evitados antes do 1º ano de vida

- Evite oferecer mortadela, presunto, salsicha e demais embutidos;
- Alimentos difíceis de mastigar, engolir e digerir: alimentos crus, grãos, pipoca, frutas com sementes, dentre outros;
- Evite farelos, chás, cafés, achocolatados e refrigerantes;
- Cuidado especial com alimentos que contenham muito agrotóxico. Evite oferecer morangos e tomates;
- Evite alimentos industrializados e enlatados, pois além de conterem conservantes, possuem grande quantidade de sal e gorduras;
- Alimentos que podem causar alergia: Leite de vaca, clara de ovo, amendoim, nozes, doces, mel, frutos do mar e peixes.

O mel só pode ser oferecido a partir do 2º ano de vida do seu filho!!!

Atenção mamãe!!!

Juntamente com a Alimentação Complementar, deve-se manter o aleitamento materno até os 2 anos de idade!



Alimentação Complementar: dos 6 meses aos 2 anos

Equipe científica responsável:
Aline Aparecida de Oliveira Campos
Raquel Maria Amaral Araújo
Adriana Kelly Santos
Julicristie Machado de Oliveira
Rosângela Minardi Mitre Cotta



Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde



Quando oferecer outros alimentos a seu filho?

- A Alimentação Complementar deve ser, preferencialmente, oferecida **a partir do sexto mês de idade**.

- Se iniciada antes ou após essa idade, aumentam-se os riscos da criança apresentar infecções, desnutrição, obesidade, dentre outras doenças.



O que você deve fazer para alimentar seu filho de maneira correta?

- Ofereça aos poucos, para que a criança aceite melhor
- Ao alimentar o seu bebê, ofereça os alimentos devagar e seja paciente. Trate-o com carinho e amor
- Ofereça os alimentos sem forçá-lo a comer. Porém, é normal que a criança recuse determinado alimento por desconhecê-lo. Deixe para oferecê-lo novamente em outro dia e em outra refeição.

- Coloque o seu bebê numa posição adequada, de modo que ele fique sentado em uma cadeira própria ou em seu colo

- Caso a criança prefira apenas um tipo de alimento, deve-se diminuir sua oferta para que ele aceite melhor os outros alimentos

- Torne a alimentação um momento prazeroso, conversando com o bebê olhando-o nos olhos. Assim a criança se sentirá mais segura e amada.



Como deve então ser a Alimentação Complementar?

- Higienize bem os alimentos a ser oferecido ao seu filho;
- Ofereça diferentes alimentos durante o dia;
- Dê preferência ao consumo de alimentos frescos, naturais. Evite os industrializados;
- Evite dar alimentos de lanchonete e restaurantes;
- Faça a quantidade certa que o seu filho irá consumir, evitando portanto, o reaproveitamento de sobras;

- Introduza um alimento de cada vez, para observar as reações do bebê a cada alimento

- Ofereça os alimentos na consistência correta, sempre bem cozidos;

- Dê um intervalo de no mínimo 1 hora entre as mamadas e a refeição;

- Ofereça, além do leite materno, de 2 a 3 refeições por dia, quando o seu bebê estiver entre 6 e 8 meses de idade; e de 3 a 4 quando eles estiver entre 9 e 24 meses;

- Evite oferecer sucos e água em mamadeiras;



- Observe a temperatura dos alimentos: Eles não devem estar nem muito quentes, nem gelados.

Apêndice VI

Folder- Saiba como preparar a papinha do seu bebê

- Com a introdução de alimentos é importante que a criança receba água nos intervalos. Use água fervida e filtrada, tanto para oferecer à criança, quanto para o preparo das refeições.



- Estimule o consumo diário de frutas, legumes e verduras desde cedo, contribuindo com a formação de hábitos alimentares saudáveis.



- Evite açúcar, café, enlatados, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas nos primeiros anos de vida, pois não são saudáveis, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos nutritivos.



Sugestões de combinações de Papas Salgadas

Batata + Couve + Carne

Macarrão + Vagem Picada + Frango Desfiado

Batata Baroa + Abóbora + Fígado Moído

**Arroz + Feijão Amassado +
Cenoura + Músculo**

Com estes cuidados, você irá oferecer o **melhor** para o seu filho !!!
Assim, ele crescerá **saudável**, mantendo bons hábitos alimentares!!!

Equipe científica responsável:
Aline Aparecida de Oliveira Campos
Raquel Maria Amaral Araújo
Adriana Kelly Santos
Julicristie Machado de Oliveira
Rosângela Minardi Mitre Cotta



Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde



SAIBA COMO PREPARAR A PAPINHA DE SEU BEBÊ



•Após os 6 meses de idade, dar alimentos complementares 3 vezes ao dia se a criança estiver recebendo o leite materno e 5 vezes ao dia, se estive desmamada.

• Iniciar a introdução da Alimentação Complementar com a papa de fruta, devendo esta ser preparada com 1 fruta de cada vez.



•Se usar mais de 1 fruta, colocar no prato porções separadas, oferecendo a criança separadamente para que ela identifique o sabor de cada uma das frutas.



• Pode ser oferecido também o suco da fruta, devendo ser apresentado à criança em copo próprio e adequado para a idade. Evitar oferecer em mamadeiras.



•É importante higienizar muito bem os alimentos, lembrando-se sempre de lavar as mãos (mães e criança) com água e sabão antes de preparar e servir.



•Use copos, pratos e talheres adequados, mantendo-os sempre limpos. Mantenha os alimentos sempre cobertos.

• Para o preparo da Papa Salgada, deve-se cozinhar bem todos os alimentos, amassar com um garfo e não liquidificar, nem passar pela peneira, pois pode ser fonte de contaminação.

•A utilização do liquidificador é contra indicada porque a criança está aprendendo a distinguir a consistência, sabores e cores de novos alimentos, além de não estimular o ato da mastigação.

• A consistência deverá ter aspecto pastoso em forma de papa ou purê quando se iniciar a Alimentação Complementar.



•A medida que a criança for crescendo,os alimentos devem ser oferecidos em pedaços pequenos, estimulando dessa forma a mastigação, até chegar à alimentação da família

• Após o oitavo mês, algumas preparações como arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança, desde que amassados ou desfiados.

•A Papa Salgada deve conter um alimento de cada grupo: um do grupo dos Cereais e tubérculos (ex.arroz, inhame, batata,baroa); um das hortaliças (folha e legumes); um do grupo dos alimentos de origem animal (carnes e gema de ovo— **a clara não deve ser oferecida antes do primeiro ano de vida**) e um do grupo dos grãos (feijão,soja,grão de bico).



•Utilize condimentos naturais e suaves, como cebola, alho, salsinha e sal de adição em condições mínimas.

•Varie os alimentos , a fim de que a alimentação contenha todos os nutrientes necessários.Ofereça uma refeição colorida **naturalmente**.



Apêndice VII

Livro de Receitas- *Minhas Receitas*



Universidade Federal de Viçosa



Departamento de Nutrição e Saúde



Mestranda :
Aline Aparecida de Oliveira Campos
Nutricionista-CRN 9825
Contatos: (31) 3891-3160
(31) 8704-1072

Raquel Maria Amaral Araújo (Co-orientadora)
Adriana Kelly Santos (Co-orientadora)
Julicristie Machado de Oliveira (Co-orientadora)
Rosângela Minardi Mitre Cotta (Orientadora)



Minhas Receitas!



Meu nome é _____

Sou uma criança muito feliz, porque mamãe sempre faz as comidinhas que me faz crescer saudável!

Além de me alimentar do leite da mamãe, ela sempre me oferece comidas coloridas e variadas todos os dias!

Sabe por que gosto de me alimentar direitinho? Porque quero crescer forte e ficar cada dia mais lindo (a) do que já sou!

E a sua mamãe, cuida direitinho de você também?

Bom, não vou continuar falando porque já está na hora de me alimentar!...E minha barriguinha já está com fome! Até mais!!!



Suco de Goiaba com Laranja

- Escolha uma goiaba madura, de preferência vermelha.
- Tire a casca e veja com cuidado se no interior da fruta não há bichinhos.
- Faça o suco de duas laranjas tipo serra d'água e bata no liquidificador com a goiaba.
- Coe o suco antes de servir.

Atenção!!! Instrumentos como liquidificador e centrifugas devem ser lavados com bucha e escova, água quente, detergente. Recomenda-se desmontar todo o equipamento.



Tutu de Feijão com *Ora pro Nóbis* e Frango

- 4 Colheres de Sopa de Feijão Cru
- 1 Colher de Sobremesa Nivelada de Farinha de Mandioca
- 2 Colheres de Sopa de *Ora pro Nobis*
- 2 Colheres de sopa de Frango Desfiado
- 1 Colher de Chá Nivelada de Alho
- 1 Colher de Chá de Cebola
- 1 Colher de Café de Óleo
- 1 Colher de Café Nivelada de Sal
- 1 e 1/2 Xícara de Chá de Água



Modo de Preparo

- Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
- Cozinhar o feijão e liquidificar com a água (300 mL)
- Cozinhar o feijão com o sal e a farinha, adicionando-a lentamente para que não forme grumos (3 minutos em fogo médio);
- Acrescentar o ora pro nóbis e cozinhar;
- À parte, cozinhar o frango .

Arroz com Taioba, Feijão e Fígado Bovino

- 3 Colheres de Sopa de Arroz Cozido em forma de Papa
- 2 Colheres de Sopa de Taioba
- 3 Colheres de Sopa cheias Feijão Cozido e Amassado
- 3 Colheres de Sopa Cheias de Fígado Bovino
- 1 Colher de Chá Nivelada de Alho
- 1 Colher de Chá de Cebola
- 1 Colher de Café de Óleo
- 1 Colher de Café Nivelada de Sal
- 1 e 1/2 Xícara de Chá de Água



Modo de Preparo

- Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
- Cozinhar o fígado com o óleo, o alho e a cebola;
- Misturar a beldroega ao fígado até que ela murche;
- Servir com o arroz e o feijão.



Arroz Colorido (Ovo, Cenoura e Abobrinha)

Ingredientes:

- 2 Colheres de Sopa de Arroz
- 1 Colher de Sopa Cheia de Cenoura
- 1 Unidade de Ovo
- 3 Colheres de Sopa de Abobrinha
- 1 Colher de Chá Nivelada de Cebola
- 1 Colher de Chá de Alho
- 1 Colher de Café de Óleo
- 1 Colher de Café Nivelada de Sal
- 1 e 1/2 Xicara de Chá de Água



Modo de preparo

- Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
- Em uma panela pequena, aquecer o óleo e adicionar a cebola, mexer, acrescentar o alho, a cenoura ralada e refogar;
- Acrescentar o arroz e refogar por mais 30 segundos;
- Adicionar a água e deixar ferver;
- Diminuir a chama e cozinhar até a água secar e adicionar a abobrinha ralada;
- Misturar e verificar se o arroz está amolecido;
- Se for necessário, adicionar mais água;
- A parte, cozinhar o ovo, em água fervente por 12 minutos;
- Misturar o ovo picado ao arroz e servir.

Purê de Batata Doce com Couve, Arroz com Cenoura Ralada e Carne Desfiada

- 3 Colheres de Sopa de Batata Doce Cozida
- 1/2 Xicara de Chá de Couve
- 2 Colheres de Sopa de Arroz Cru
- 1 Colher de Sopa Cheia de Cenoura Crua
- 2 Colheres de Sopa Cheias de Carne (Patinho ou Alcatra ou Coxão Mole ou Músculo – Moído ou Picado)
- 1 Colher de Chá Nivelada de Alho
- 1 Colher de Chá de Cebola
- 1 Colher de Café de Óleo
- 1 Colher de Café Nivelada de Sal
- 1 e 1/2 Xicara de Chá de Água



Modo de Preparo

- Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
- Em uma panela pequena, aquecer o óleo e adicionar a cebola, mexer, acrescentar o alho, a carne e cozinhar;
- Adicionar a cenoura ralada;
- Acrescentar o arroz e cozinhar por mais 30 segundos;
- Adicionar a água e o sal e cozinhar por 20 minutos ou até que o grãos fiquem bem macios;
- Diminuir a chama e cozinhar até a água secar;
- A parte, preparar o purê, amassando a batata doce cozida;
- Por último, misturar a couve picada.

Papinha de Inhame

Ingredientes:

- 3 inhames médios
- 1 colher (de sobremesa) de azeite
- 1 colher (de chá) de cebola picada
- 1 pires de brócolis picado;
- 2 colheres de sopa de carne moída;
- 1 colher de sopa de tomate picado
- 1/2 colher (de café) de sal



Modo de Preparo:

- Lave bem o inhame em água corrente.
- Descasque e corte-os em pedacinhos. Reserve.
- Em uma panela, aqueça o óleo e refogue a cebola com o inhame e o sal. Cubra com água, tampe e cozinhe os ingredientes até que eles fiquem macios e com um pouco de caldo.
- Acrescente o tomate e a carne. Se for preciso, acrescente mais água.
- Adicione o brócolis e cozinhe por mais 5 minutos.
- Amasse com garfo e peneire.

Purê de Batata Baroa, Arroz , Feijão e Frango Desfiado

Ingredientes:

- 1 Batata Baroa
- 3 Colheres de Sopa Arroz Cozido
- 4 Colheres de Sopa de Feijão
- 2 Colheres de Sopa de Frango Desfiado
- 1 Pitada de Sal



Modo de Preparo:

- Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
- Preparar o purê, amassando a batata baroa cozida e acrescentando o sal;
- Preparar o arroz papa, o feijão e o frango desfiado.



AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA			
Data (VD)	Data (exame)	Ferro (mg/dL)	Classificação
__/__/__	__/__/__		
__/__/__	__/__/__		
__/__/__	__/__/__		
__/__/__	__/__/__		
__/__/__	__/__/__		
__/__/__	__/__/__		
OBS:			

MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS				
Data - VD	Nome	Indicação	Dose	Duração
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
OBS:				

INGESTÃO DE LÍQUIDOS	
Data - VD	Tipo de líquido/Quantidade
__/__/__	
__/__/__	
__/__/__	
__/__/__	

Apêndice IX

Questionário de Frequência do Consumo Alimentar

Produtos	Frequência						
	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês	R / N
LEITE E DERIVADOS							
Leite desnatado ou semidesnatado							
Leite integral							
Queijo branco (minas/frescal)							
Queijo amarelo (prato/mussarela)							
Requeijão							
CARNE E OVOS							
Ovo frito							
Ovo cozido							
Carne de boi							
Carne de porco							
Frango							
Peixe fresco							
Peixe enlatado							
Embutidos (salsicha, lingüiça, salame, presunto, mortadela)							
Carne conservada no sal (bacalhau, carne seca/sol, pertences da feijoada)							
Vísceras (fígado, rim, coração)							
ÓLEOS E GORDURAS							
Azeite							
Outros óleos vegetais							
-							
-							
Molho para salada							
Bacon e toucinho							
Manteiga							
Margarina							
Maionese							
Banha de porco							
Torresmo / pele de porco							
PETISCOS E ENLATADOS							
Salgadinhos							

(batata-frita, sanduíches, pizza, esfirra, salgados fritos, chips, amendoim)							
Enlatados (milho, ervilha, palmito, azeitona)							
CEREAIS / LEGUMINOSAS							
Arroz integral							
Arroz polido							
Pão integral							
Pão Frances							
Pão de forma							
Biscoito salgado							
Biscoito doce							
Bolos							
Macarrão							
Feijão							
Cereais integrais							
-							
-							
Angu							
Farinha de milho							
Farinha de mandioca							
HORTALIÇAS E FRUTAS							
Folha crua:							
-							
-							
-							
Folha refogada/cozida:							
-							
-							
-							
Hortaliça crua:							
-							
-							
-							
Hortaliça cozida:							
-							
-							
-							
Tubérculos (cará, mandioca, batata, inhame)							
Frito:							
-							
-							
Cozido:							
-							
-							
Frutas							

-							
-							
SOBREMESAS E DOCES							
Sorvete							
Tortas							
Geléia							
Doces / balas							
Chocolate / achocolatado/ bombom							
BEBIDAS							
Café com açúcar							
Café sem açúcar							
Suco natural com açúcar							
Suco natural sem açúcar							
Suco artificial com açúcar							
Refrigerante normal							
PRODUTOS DIET E LIGHT							
Adoçante							
Margarina							
Requeijão							
iogurte							
Refrigerante							

Fonte: Adaptado do estudo de RIBEIRO *et al.* (2006)

Apêndice X

Roteiro de Atendimento Clínico Nutricional

Data: ___/___/___

1. Identificação:

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Telefone: _____
Endereço: _____
Ocupação: _____

2. Motivo da Consulta: _____

3. História Clínica Individual e Familiar:

Patologia	Individual	Familiar (grau de parentesco)
Hipertensão Arterial		
Diabetes Mellitus		
Nefropatia		
Dislipidemias		
Obesidade		
Infarto do Miocárdio		
Outros		

4. Medicamentos: _____

5. Hábitos Gerais:

É tabagista: () sim () não

Consome bebida alcoólica: () sim () não Frequência e
Quantidade: _____ Prática atividade física: () sim () não

Tipo: _____

Frequência: _____ Duração: _____ Classificação: _____

Personalidade: () ansioso () deprimido () tenso () agitado () impaciente () tranqüilo

6. Apresenta alterações do Aparelho Digestivo (constipação, diarreia, queimação, azia, hemorróidas, etc.)?

7. Hábitos Alimentares:

Consumo de água por dia: _____ Usa sal à mesa? () sim () não

Temperos utilizados no preparo de alimentos: _____

Utiliza temperos prontos? ()sim ()não
 Quais? _____

Tempera a salada? ()sim ()não O que usa? _____

Que gordura utiliza? ()banha de porco ()óleo vegetal Consumo mensal? _____

Faz uso de açúcar? ()sim ()não

Em que preparações? _____

Consumo mensal de açúcar: _____ Faz uso de adoçante?()sim ()não
 Tipo: _____

Consome pirulitos, balas ou chicletes? ()sim ()não Com que frequência? _____

8. Avaliação Antropométrica

Parâmetros	Datas							
Altura								
Altura ²								
Peso								
IMC/Classif.								

9. Ficha de Evolução

_ / _ / _	Diagnóstico:
	Conduta:
_ / _ / _	Evolução:
	Conduta:

_ / _ / _	Evolução:
	Conduta:
_ / _ / _	Evolução:
	Conduta:
_ / _ / _	Evolução:
	Conduta:
_ / _ / _	Evolução:
	Conduta:
_ / _ / _	Evolução:
	Conduta:

10.0 Prescrição Dietética

<i>Prescrição Dietética</i>		
Nome:		Data:
Refeição	Alimentos	Quantidades
DESJEJUM		
COLAÇÃO		
ALMOÇO		
LANCHE		
JANTAR		
CEIA		

Apêndice XI

Recordatório 24h

Refeições	Alimentos	Quantidade
CAFÉ DA MANHÃ Horário: Local:		
COLAÇÃO Horário: Local:		
ALMOÇO Horário: Local:		
LANCHE Horário: Local:		
JANTAR Horário: Local:		

Apêndice XII

Lista de Substituições dos Alimentos

Grupo das Hortaliças

Hortaliças A: Pode comer à vontade

Abobrinha, acelga, agrião, alface, almeirão, berinjela, bertalha, brócolis, cebola, chicória, couve, couve-flor, espinafre, jiló, mostarda, palmito, pepino, pimentão, rabanete, repolho, rúcula, serralha, taioba, tomate.

Hortaliças B e C: 1 porção= 3 colheres de sopa

Abóbora madura, abóbora moranga, beterraba, cenoura, chuchu, ervilha, nabo, quiabo, vagem, batata baroa, batata doce, batata inglesa, cará, inhame, mandioca.

Grupo das Frutas

Fruta A- 1 porção é igual a:

Goiaba	1 unidade média
Laranja	2 unidades pequenas
Melancia	1 fatia grande
Melão	2 fatias grandes
Morango	13 unidades grandes

Fruta B- 1 porção é igual a:

Abacate	1 colher de sopa cheia
Abacaxi	2 fatias médias
Ameixa	3 unidades médias
Banana	2 unidades médias
Maça	1 unidade média
Mamão	½ unidade média
Manga	1 unidade média
Pêra	1 unidade média
Pêssego	2 unidades médias
Uva	14 unidades médias

Grupo do Leite - 1 porção é igual a:

iogurte Integral de Frutas	1 potinho
iogurte Integral Natural	1 potinho
iogurte Desnatado Natural	1 potinho
Leite Desnatado	1 xícara
Leite Desnatado em Pó	2 colheres de sopa cheias
Leite Integral	1 xícara
Queijo Minas	2 fatias pequenas
Queijo Mussarela	2 fatias finas
Ricota	2 fatias médias

Grupo das Carnes - 1 porção é igual a:

Almôndegas	2 unidades pequenas
Atum	4 colheres de sopa
Bife de Boi Frito	1 unidade pequena
Bife de Boi Grelhado	1 unidade média
Carne de Boi Magra Cozida	3 pedaços médios

Carne de Boi Assada	1 fatia pequena
Carne Moída Refogada	1 colher de servir cheia
Coxa de Frango	2 unidades
Sobrecoxa de Frango	1 unidade
Nuggets	3 unidades
Hambúrguer	2 unidades
Peixe Cozido	1 filé ou 1 posta
Lombo de Porco Assado	1 fatia média
Pernil Assado	2 fatias pequenas
Músculo Cozido	2 pedaços médios
Omelete	com 2 ovos
Ovo Cozido	2 unidades
Presunto	4 fatias finas (no lanche, apenas 2 fatias)
Peito de Peru	4 fatias médias (no lanche, apenas 2 fatias)
Peito de Frango Grelhado	1 unidade média
Sardinha Enlatada	2 unidades pequenas
Linguiça Fina	1 pedaço médio
Linguiça Grossa	1 pedaço pequeno
Salsicha	2 unidades

Grupo do Pão – 1 porção é igual a:

Aveia em Flocos	3 colheres de sobremesa cheias
Barra de Cereais	1 unidade
Biscoito Integral	7 unidades
Biscoito Cream Cracker	6 unidades
Biscoito Maisena	6 unidades
Biscoito Rosquinha	7 unidades
Bisnaginha	3 unidades
Bolo Simples	1 fatia média
Bolo de Chocolate	1 fatia pequena
Granola	½ xícara
Pão de Batata	1 e ½ unidade média
Pão de Centeio	1 e ½ fatia
Pão de Forma	2 fatias
Pão de Forma Light	3 fatias
Pão de Forma Integral	1 e ½ fatia
Pão Francês (Pão de Sal)	1 unidade
Pão de Cachorro Quente	1 unidade
Pão de Queijo	2 unidades médias
Torrada de Pão Francês	8 unidades finas
Torrada “Industrializada”	4 unidades

Grupo do Arroz – 1 porção é igual a:

Arroz	2 colheres de servir
Angu	4 colheres de sopa cheias
Batata Cozida	2 colheres de servir
Batata Souté	4 colheres de servir
Farinha de Mandioca	3 colheres de servir
Farinha de Milho	3 colheres de servir
Farofa	1 colher de servir cheia
Inhame	1 colher de servir cheia
Lasanha	1 colher de servir rasa
Mandioca Cozida	2 colheres de servir cheias

Macarrão	1 pegador
Milho Verde	4 colheres de servir
Nhoque	1 colher de servir cheia
Purê de Batatas	2 colheres de servir
Sopa de Legumes com Batata	1 concha média

Grupo do Feijão – 1 porção é igual a:

Ervilha	3 colheres de servir
Feijão Batido	concha média
Feijão (50% grão e 50% caldo)	concha média
Tutú de Feijão	concha média
Feijoada	concha média
Grão de Bico	2 colheres de servir
Lentilha Cozida	4 colheres de servir
Soja Cozida	1 concha média rasa

Grupo dos Doces -1 porção é igual a:

Achocolatado	2 colheres de sopa rasas
Arroz Doce	1 colheres de servir
Bananada	1 tablete
Bis	4 unidades
Bombom	1 unidade
Brigadeiro	3 unidades pequenas
Cajuzinho	3 unidades pequenas
Chantili	2 colheres de sopa cheias
Chocolate	1 barrinha
Cocada	½ unidade
Curau	1 concha pequena cheia
Doce de Abóbora	2 colheres de sopa cheias
Doce de Amendoim	1 pedaço
Doce de Leite	1 colher de sopa cheia
Doce de Mamão	2 colheres de sopa cheias
Gelatina	1 copo
Goiabada	1 colher de sopa cheia
Marrom-Glacê	1 fatia média
Melado	3 colheres de sopa
Mousse	3 colheres de sopa cheias
Paçoca	1 unidade
Pêssego em Calda	3 metades
Pudim	1 fatia pequena
Sorvete	1 bola média

Grupo I – 1 porção é igual a:

Azeite	2 colheres de sobremesa
Geléia de Frutas	2 colheres de sopa
Geléia Diet	4 colheres de sopa
Maionese	1 colher de sobremesa cheia
Maionese Light	2 colheres de sobremesa cheias
Manteiga	1 colher de sobremesa cheia
Margarina	1 colher de sobremesa cheia
Margarina Light	1 colher de sopa cheia
Patê	1 colher de sopa cheia
Queijo Cottage	2 colheres de sopa
Requeijão	1 colher de sopa

Requeijão Light	2 colheres de sopa
Calorias por porção	100 Kcal

Grupo II - 1 porção é igual a:

Banana Frita	2 fatias finas
Batata Doce Frita	2 fatias pequenas
Batata Frita	3 colheres de sopa cheias
Berinjela Frita	5 fatias médias
Couve Flor à Milanese	2 ramos pequenos
Creme de Espinafre	2 colheres de servir cheias
Esfiha	1 unidade média
Lasanha	1 colher de servir cheia
Maionese de Legumes	2 colheres de servir cheias
Mandioca Frita	3 colheres de servir rasas
Panqueca	1 unidade pequena
Pizza	1 fatia pequena
Pão de Queijo	3 unidades médias
Pastel Assado	1 unidade média
Pastel Frito	1 unidade grande
Strogonoff de Frango	3 colheres de servir cheias
Sufê de Legumes	2 colheres de servir cheias
Torta de Frango	1 pedaço médio
Calorias por porção	200 kcal

Fonte: adaptado de PHILIPPI (1999)

Apêndice XIII

Folder- Alimentação e Estilo de Vida Saudáveis

- Evite fumar e ingerir bebidas alcoólicas.



- Pratique atividade física regularmente. Isto ajudará a manter seu peso adequado, lhe oferecendo melhor qualidade de vida



- Para receber orientações do seu estado nutricional e ser avaliado individualmente, procure um nutricionista.



Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde



Equipe científica responsável:
Aline Aparecida de Oliveira Campos
Raquel Maria Amaral Araújo
Adriana Kelly Santos
Julicristie Machado de Oliveira
Rosângela Minardi Mitre Cotta



*Alimentação e Estilo
de Vida Saudáveis*



Alimentação Saudável!!!

- Ter uma alimentação saudável significa levar em consideração a qualidade, quantidade, cuidados de preparo e higiene do alimento. A alimentação equilibrada é um dos principais fatores que contribui para a melhora da qualidade de vida!

Dicas de estilo de vida saudável

- Reduza os intervalos entre as refeições, assim você controlará a quantidade de alimento ingerido, evitando o excesso de calorias e controlando o peso.



- Evite o consumo excessivo de alimentos gordurosos, frituras, doces, refrigerante, molhos (maionese, catchup.), defumados e enlatados. Assim você evitará doenças como hipertensão, diabetes e obesidade .



- Dê preferência a alimentos naturais e modere a quantidade de sal e temperos industrializados. Utilize para o preparo cebola, manjeriço, orégano, cheiro verde.



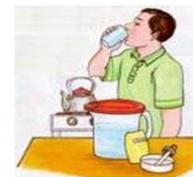
- Inclua na sua alimentação frutas, legumes e verduras, carnes, leite, ovos, leguminosas (ex: feijão) e massas .



- Lembre-se que uma alimentação balanceada deve conter todos os grupos de alimentos em quantidades moderadas, como mostra a Pirâmide Alimentar.



- Beba no mínimo de 2 litros de água diariamente (8 copos duplos), assim você estará hidratando o corpo e ajustando o funcionamento intestinal.



- Lave bem os alimentos e prepare-os com cuidado, assim você estará evitando contaminação alimentar e doenças como hepatite e parasitoses.



- Aprecie sua refeição, mastigue bem os alimentos e coma devagar. Assim você fará uma boa digestão.



Apêndice XIV

FACILITADORES E DIFICULTADORES DA PRÁTICA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

Entrevistador: _____ **Data:** ___/___/___
Questionário nº _____

1.0 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do entrevistado: _____

1.2 VD número: _____

1.3 Idade da criança em meses _____

2.0 IDENTIFICAÇÃO DOS ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DA PRÁTICA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

2.1 No decorrer deste último mês, aconteceu algum evento/situação que você considera que contribuiu positivamente para a prática da alimentação de seu filho?

2.2 No decorrer deste último mês, aconteceu algum evento/situação que você considera que dificultou a prática da alimentação de seu filho?

Apêndice XV

Diário de Campo

Data do Preenchimento: ___ / ___ / ___

ESF: _____

Nº: _____

Entrevistadora: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Horário de início: _____ Horário final: _____

PLANEJAMENTO DA VISITA

Objetivos:

Atividades a serem desenvolvidas:

Observações:

Receptividades, entendimento e percepção dos assuntos abordados, motivação durante o processo, dificuldades:

Surgimento de novos temas durante a visita:

Adequação do método:

Conflitos e dilemas vivenciados durante a visita:

Acontecimentos peculiares (situações peculiares percebidas no momento da visita):

A visita atendeu aos objetivos? Situações para as próximas visitas:

Fonte: Adaptado do estudo de RIBEIRO *et al.* (2009)

Apêndice XVI-a

Rede Social

Questionário às mães com filhos menores de 2 anos

Entrevistador: _____ Data: ___/___/___
Questionário nº _____

1. Nome do entrevistado: _____

2. Quais pessoas (familiar ou não) mais conviveram/convivem com você após o nascimento da criança? Teve alguém que se distanciou de você após o nascimento do bebê?

Indivíduo	Tipo de Relação (Normal, forte, frágil, conflituosa, interrompida, ruptura/separação)

Fonte: Adaptado MARQUES, 2008.

3. Teve alguém que se distanciou de você após o nascimento do bebê?

Indivíduo	Tipo de Relação (Normal, forte, frágil, conflituosa, interrompida, ruptura/separação)

Fonte: Adaptado MARQUES, 2008.

4. Você recebeu algum conselho/orientação de outras pessoas que não fossem os da presente pesquisa? De quem? Quais foram as orientações recebidas?

5. Além de você, quem cuida da alimentação de seu filho(a)? _____

6. Você acha que essa pessoa possa influenciar nos alimentos oferecidos ao seu (a) filho(a)? _____

7. Você sabe exatamente o que essa pessoa oferece ao(a) seu(a) filho(a)? _____

Apêndice XVI-b

Rede Social

Pai, Avós, Tia e/ou outra pessoa influente

Entrevistador: _____ Data: ___/___/___
Questionário nº _____

1-IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do entrevistado: _____

Data de Nascimento

1.2 Sexo: () Feminino () Masculino

1.3 () Pai () Avó materna () Avó paterna () Tia (o) materna () Tia (o) paterna
Outros, _____

1.3 Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

1.4 Sexo: () Feminino () Masculino

1.5 Estado Civil: () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () separado(a)

() viúvo(a) () outros, _____

1.6 Mora com a mãe da criança: () Sim () Não. Se não, com que frequência você a visita? _____

1.7 Escolaridade: Anos de Estudo: () Zero () 1 a 3 anos () 4 anos () 5 a 7 anos () 8 anos
() 9 a 10 anos () 11 anos () 12 anos ou mais.

1.8 Está trabalhando ? () Sim

Profissão _____ () Não. Se não, é aposentado/pensionista? () Sim () Não

1.9 Contribui financeiramente com a família da criança? () Sim () Não

Se sim, em quanto?

2. INFORMAÇÕES SOBRE A PRÁTICA ALIMENTAR

2.1 Você tem filhos? () Sim () Não. Se sim, quantos filhos você tem?

2.2 Seus filhos foram amamentados no peito? () Não () Sim. Se sim, por quanto tempo?

2.3 À partir de que idade você introduziu outros alimentos (sem ser o leite materno) ao(s) seus(s) filhos? Que alimentos eram esses?

2.4 Na sua opinião, é importante sua esposa/filha/ nora/ irmã amamentar a criança? Por que?

2.5 Como é a alimentação do seu(a) filho (a) /neto (a) /sobrinho(a)?

2.6 Que tipos de alimentos você considera que faz bem à ele (a)?

2.7 Existe algum alimentos que você considera que se ele(a) consumir poderá fazer mal? () Sim () Não. Se sim, quais?

2.8 Na sua opinião, você acha que uma criança possa ficar “sentida” se ver alguém comendo algo e não oferecer à ela? () Sim () Não. Se sim, o que acontece com essa criança? _____

E o que você faz quando isso acontece _____

2.9 Você já ofereceu balas/ doces/ refrigerantes/ salgadinhos/ biscoitos recheados para seu neto (a)/ sobrinho (a)? () Sim () Não

2.9.1 Se sim, Quais desses alimentos foram oferecidos?

2.9.2 Quando foi oferecido e por que você ofereceu?

2.9.3 Você considera que já ofereceu algum outro alimento que não relatado acima e que seu neto/ filho/ sobrinho não deveria ter ingerido? () Sim () Não. Se sim, quais alimentos foram estes? _____

2.10 Você já deu conselhos/orientações sobre a alimentação do seu neto(a)/sobrinho(a)?

() Sim () Não. Se sim, que orientações foram (são) estas?

2.11 Para você, o que é uma alimentação saudável?

2.12 Você considera a alimentação de seu(a) filho(a)/neto(a)/sobrinho(a) saudável? Por que?

2.13 Qual o sentimento que você teve ao participar desta entrevista?

Apêndice XVII

Representações Sociais

Entrevistador: _____ Data: ___/___/___
Questionário nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da entrevistada: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL

2.1 Para você, como é a alimentação do seu filho? _____

2.2 O que ela precisa ter / não ter para ser saudável?

2.3 Qual a sua opinião sobre a prática do alimentação infantil saudável?

2.4 Liste algumas vantagens de oferecer uma alimentação saudável para seu(a) filho(a).

2.5 Qual a sua opinião sobre o oferecimento de sulfato ferroso ao seu(a) filho (a)? Por que?

2.6 Na sua opinião, a alimentação dos pais influenciam nos alimentos que ele venha oferecer aos seus filhos? Por quê?

2.7 Para você, existe algum(ns) alimento(s) que seu filho(a), na idade que está, não deve consumir? () Sim () Não. Se sim, quais seriam estes alimentos? _____

Por quê?

2.8-Você já ofereceu algum destes alimentos ao seu (a) filho(a)? () Sim () Não.
Se sim, quais alimentos foram ofertados e por que ofereceu?_____

2.9-Qual o sentimento/sensação vivenciado por você por cuidar da alimentação do seu filho? Por que?_____

2.10-Para você, o que é saúde?

2.11-Você considera seu filho saudável?

2.12-Se sim, por que?

3-INFORMAÇÕES SOBRE ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL DOMICILIAR

3.1 Qual a sua opinião sobre a prática do aconselhamento/orientação nutricional?

3.2 Você já havia recebido orientações domiciliares anteriormente?
() Sim () Não. Se sim, de quem?_____

3.3-O que você acha de ter um profissional que venha até a sua casa para te orientar em relação aos cuidados à saúde?

3.4 Qual a sua opinião sobre ter uma pessoa para te orientar em relação a alimentação do seu (a) filho (a)? Por que?

3.5 Qual a sua opinião ter uma pessoa para te orientar em relação a sua alimentação? Por que?

3.6- Qual (is) característica(s) que você considera que o profissional de saúde deve ter para trabalhar/lidar com a população da sua comunidade?

3.7 E em relação ao nutricionista, qual (is) característica(s) você considera como fundamental(is) que ele deve ter para trabalhar/lidar com a população?

3.8 Qual o seu sentimento ao participar dessa entrevista?

3.9 Como foi para você participar desta pesquisa?

Apêndice XVIII

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa *“Percepção de nutrizes sobre a prática do aconselhamento nutricional para a promoção da alimentação saudável de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família - Viçosa, M.G.”* como voluntária e sem receber nenhum incentivo financeiro. Declaro ter sido informada e esclarecida pelo pesquisador sobre a pesquisa e todos procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência ou tratamento.

Viçosa, _____ de _____ de 2011

Assinatura da voluntária

Assinatura do pesquisador (Aline Aparecida de Oliveira Campos, Nutricionista –
CRN9- 9825/P)

Prof^a. Dr^a Rosângela Minardi Mitre Cotta – DNS/UFV

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

1. Título do estudo: “Percepção de nutrizes sobre a prática do aconselhamento nutricional para a promoção da alimentação saudável de crianças e mães no contexto da Estratégia Saúde da Família - Viçosa, M.G.”

2. Objetivos do estudo

- **Geral:** Compreender a percepção das mulheres-mães sobre o aconselhamento nutricional por meio da inserção do nutricionista nas visitas domiciliares
- **Específicos:** Promover a alimentação complementar saudável; identificar os aspectos facilitadores e dificultadores da prática da alimentação complementar saudável; identificar a rede social das relações interpessoais das mulheres-mães; compreender a influência que a rede social das mulheres-mães exerce em relação à alimentação complementar saudável; compreender, sob a ótica materna, os significados da alimentação complementar como parte do cuidado nos primeiros 2 anos de idade da criança.

3. Local de execução

Os dados serão coletados na residência das entrevistadas, que são: nutrizes e suas respectivas crianças, com idade entre 6 e 24 meses, cadastradas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Viçosa, MG

4. Nomes e números de telefones dos investigadores

Prof. Rosângela Minardi Mitre Cotta – 3899 3732, e-mail: rmmitre@ufv.br

Aline Aparecida de Oliveira Campos – 3891 3160, e-mail: aline.campos@ufv.br

5. Critérios de inclusão dos indivíduos

A escolha por selecionar nutrizes e crianças com idade entre 6 e 24 meses de idade se deu por se tratar de uma pesquisa longitudinal, na qual se pretende acompanhar a mulher e a criança ao longo dos dois anos de vida. Merece destaque

que a amostra será composta pela população em estudo do projeto de mestrado intitulado “ *Fatores facilitadores e dificultadores da prática do aleitamento materno ao longo dos seis primeiros meses de vida da criança: o papel estratégico do nutricionista na atenção domiciliar*”, o qual possibilitará observar os resultados encontrados pelo estudo, bem como a obtenção de um estudo longitudinal com a população desde o oitavo mês de gestação até os dois anos de idade.

6. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão serão a recusa dos indivíduos (mulheres-mães que se recusarem a participar do estudo).

Ressalta-se que em qualquer momento do trabalho, o indivíduo poderá decidir que não participará mais do estudo, sem que isto lhe custe nenhum ônus social.

7. Critérios de acompanhamento e assistência

Os dados serão coletados e analisados por pesquisadores devidamente treinados e capacitados.

E após análise dos dados serão propostas ações que contribuam para sanar os problemas detectados e projetos que dêem continuidade ao trabalho.

8. Descrição do estudo

O entrevistado será informado sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, os métodos alternativos existentes e a garantia do sigilo das informações. Os esclarecimentos serão feitos em linguagem acessível e estes terão a liberdade em negar a participação, em qualquer momento do processo de trabalho.

As entrevistas serão realizadas com o auxílio de questionários semi-estruturados, sendo este espaço aberto para que os entrevistados expressem seu ponto de vista em relação ao tema estudado, além da realização intervenções (acompanhamento nutricional e orientações) para o mesmo fim.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

9. Benefícios da pesquisa

Todos os indivíduos serão beneficiados, pois os resultados buscarão representar o significado da amamentação para os atores diretamente envolvidos neste processo, e a partir do diagnóstico e das necessidades levantadas pretende-se propor modificações e intervenções posteriores para solução dos problemas encontrados.

10. Riscos para os indivíduos

A pesquisa não confere nenhum risco para os indivíduos.

11. Direito dos Indivíduos de recusar-se a participar ou retirar-se do estudo

A participação no estudo será voluntária e ao indivíduo confere-se o direito para recusar-se ou interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo, justificativa ou penalidade.

12. Direito dos indivíduos quanto à garantia de sigilo dos dados da pesquisa

Será assegurada total privacidade com relação aos nomes dos indivíduos e dos dados obtidos no estudo.

13. Publicação das informações

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Os resultados do estudo serão publicados sem citação dos nomes envolvidos.

14. Informação financeira

Os indivíduos não serão remunerados pela participação, sendo esta voluntária.

15. Dano à Saúde

Qualquer doença ocorrida durante a pesquisa não será de responsabilidade da equipe de pesquisa, uma vez que a mesma não está associada a nenhum dano à saúde.

Apêndice XIX

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
Campus Universitário - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-1269

Of. Ref. Nº 143/2011/Comitê de Ética

Viçosa, 10 de outubro de 2011.

Prezada Professora:

Cientificamos V. Sª. de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 7ª Reunião de 2011, realizada nesta data, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto intitulado *Percepção de Nutrizes Sobre a Prática do Aconselhamento Nutricional na Promoção da Alimentação Saudável de Crianças e Mães no Contexto da Estratégia Saúde da Família - Viçosa, MG.*

Atenciosamente,

Professor Ricardo Junqueira Del Carlo
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Vice-Presidente em exercício

À Professora
Rosângela Minardi Mitre Cotta
Departamento de Nutrição e Saúde

/rbs.

ANEXOS

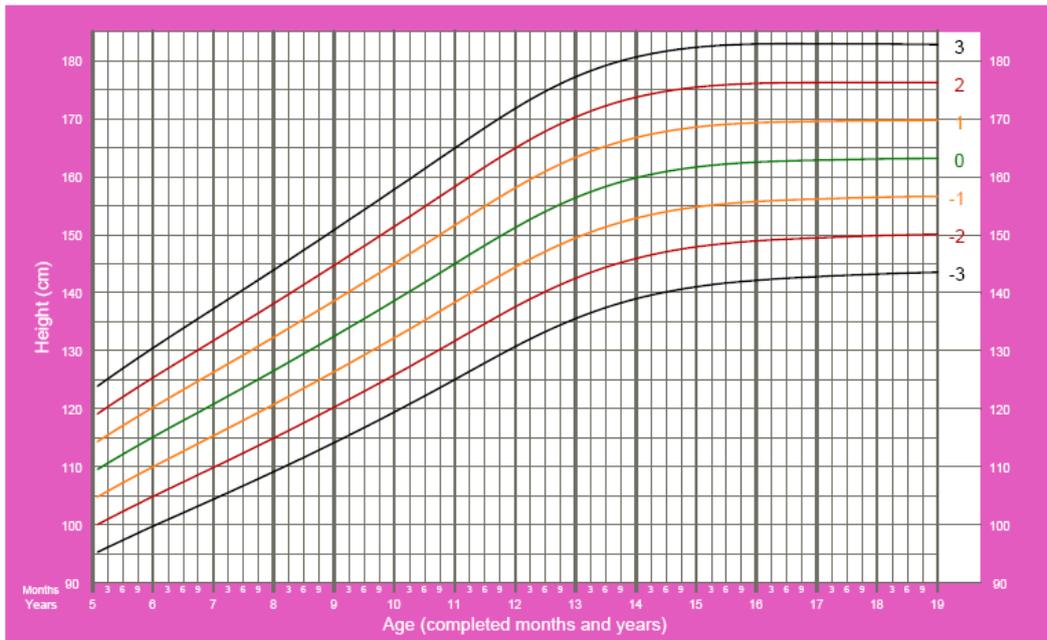
Anexo I

Curvas – Padrões de crescimento para adolescente (WHO, 2007)

Estatura/Idade

Height-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

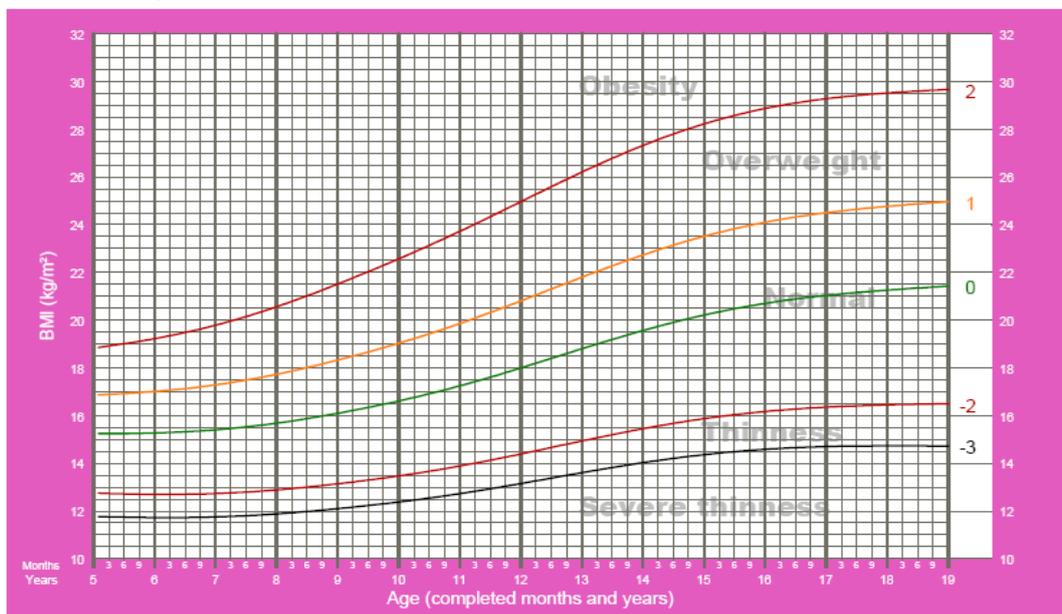


2007 WHO Reference

IMC/Idade

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

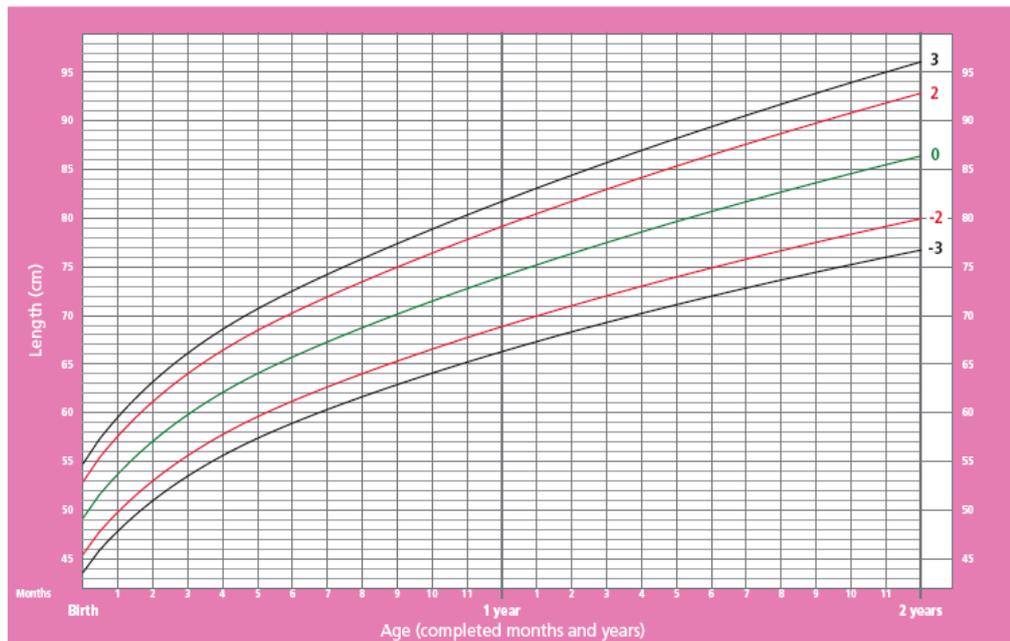
Anexo II

Curvas – Padrões de crescimento infantil da WHO/OMS (2006)

Comprimento/Idade Meninas e Meninos

Length-for-age GIRLS

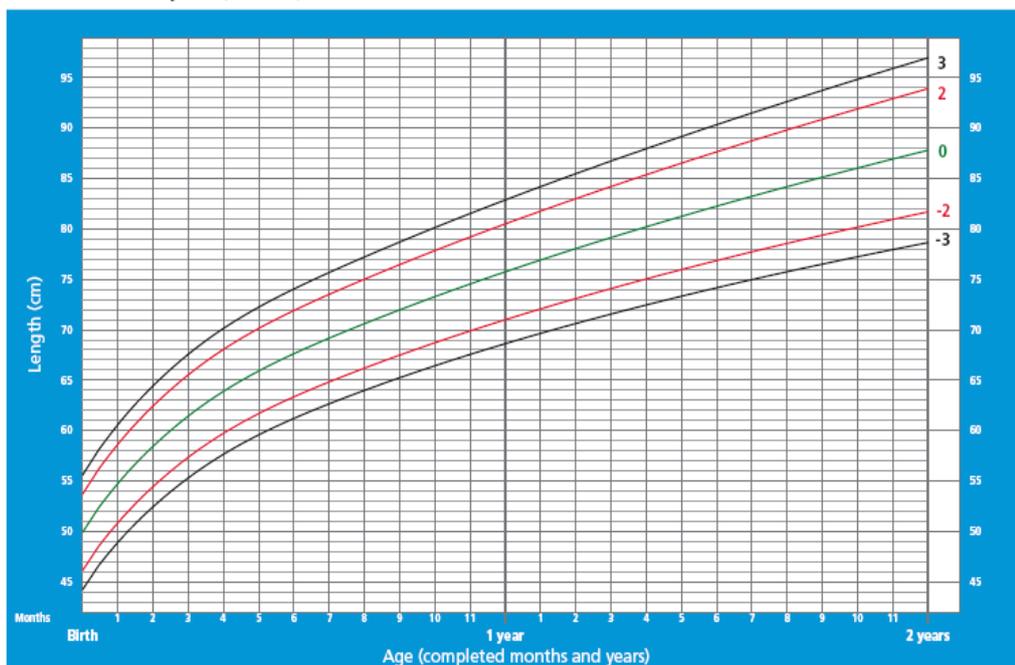
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Length-for-age BOYS

Birth to 2 years (z-scores)

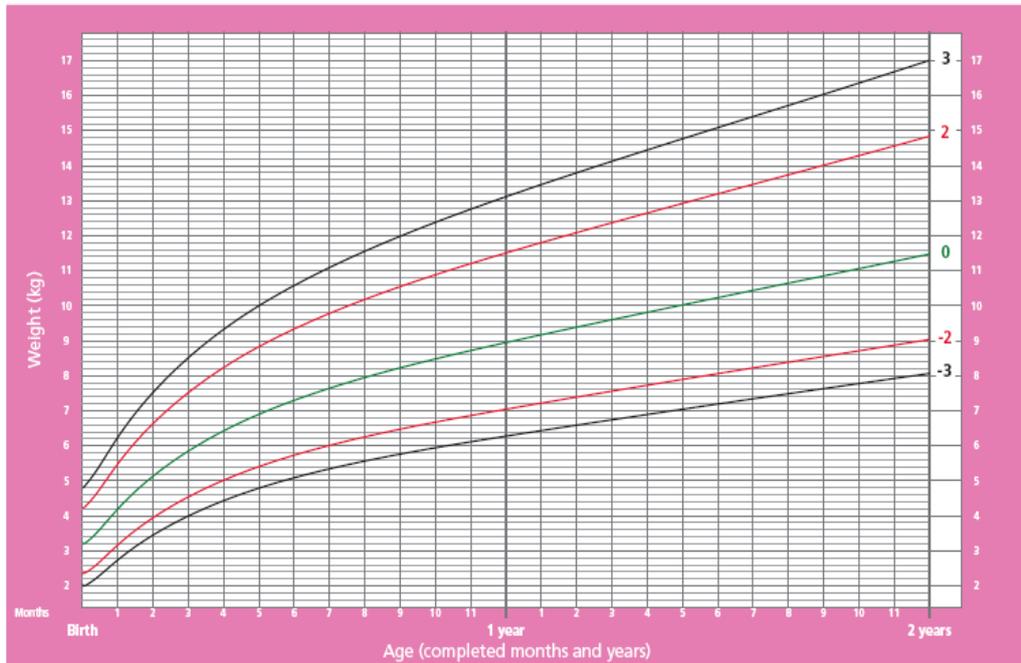


WHO Child Growth Standards

Weight-for-age GIRLS



Birth to 2 years (z-scores)

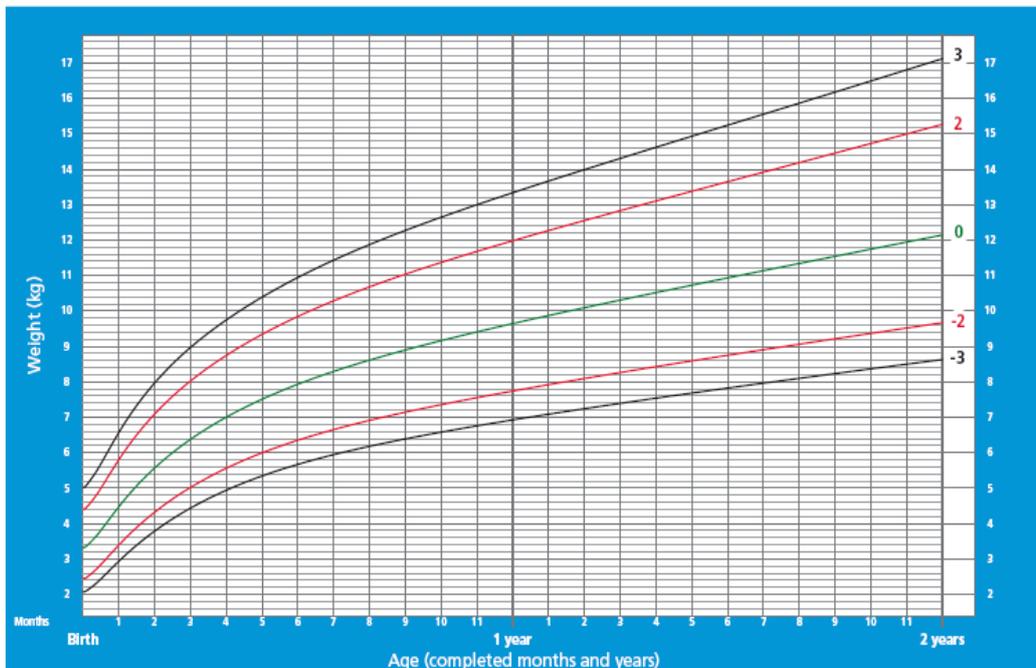


WHO Child Growth Standards

Weight-for-age BOYS



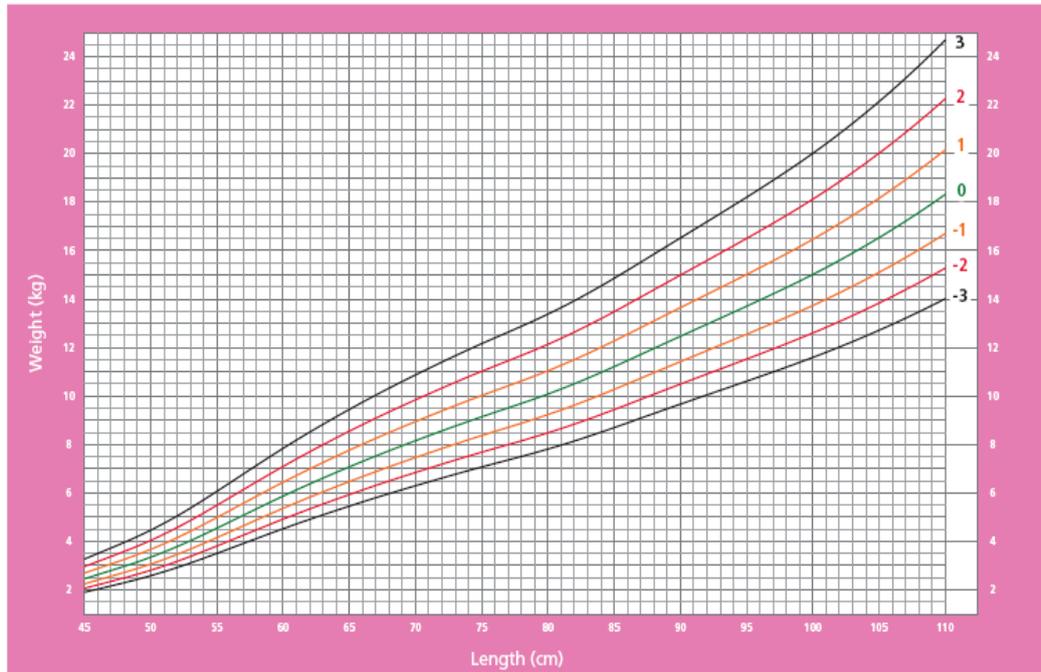
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-length GIRLS

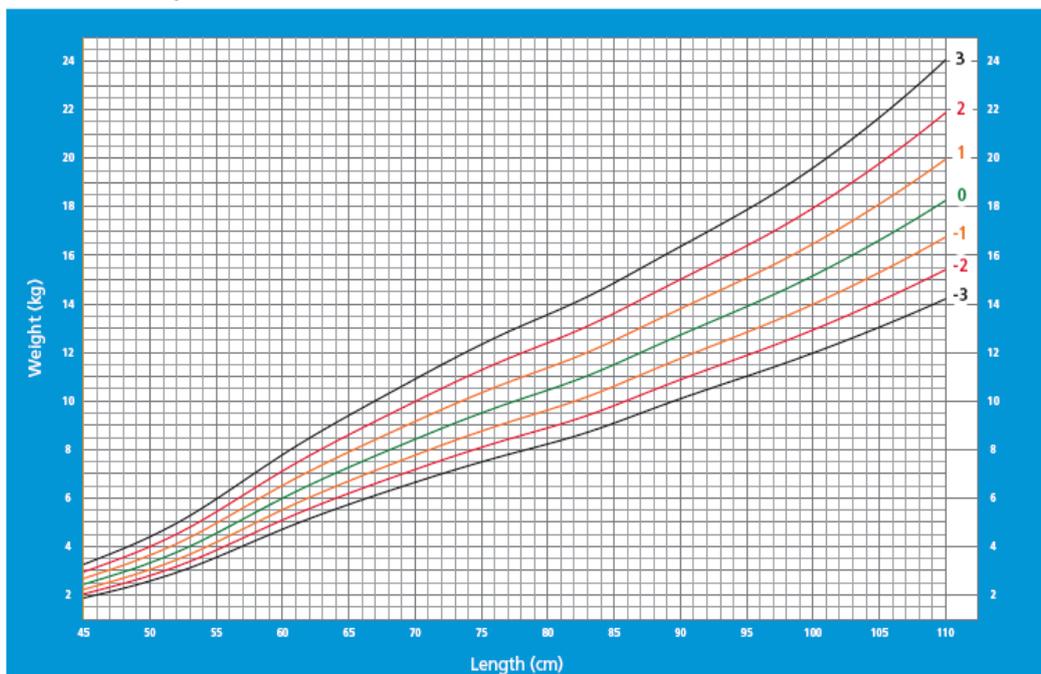
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-length BOYS

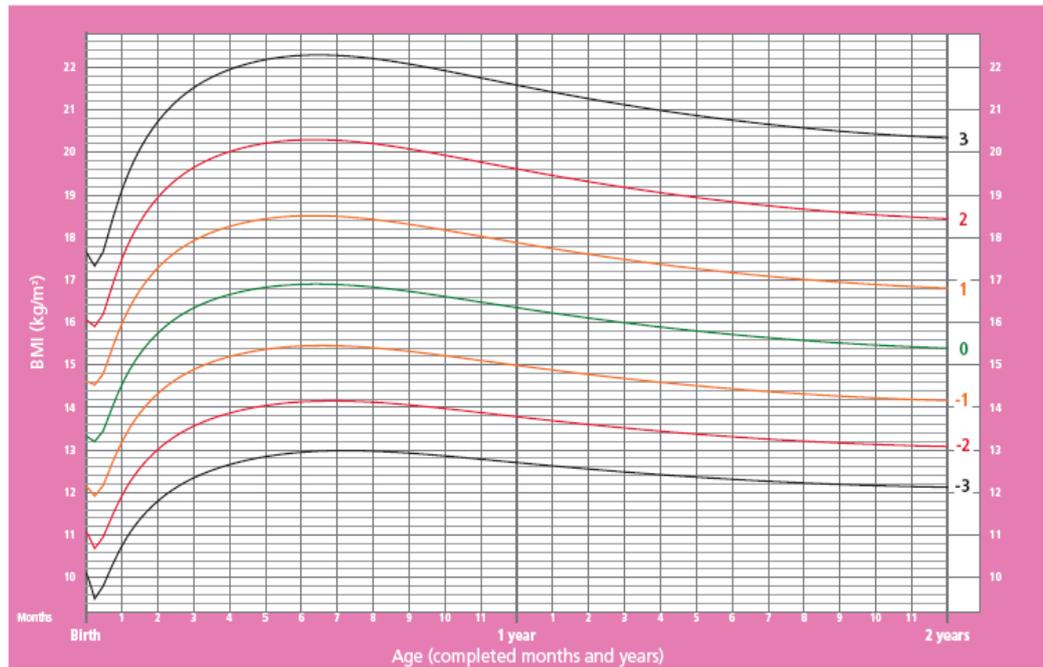
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age GIRLS

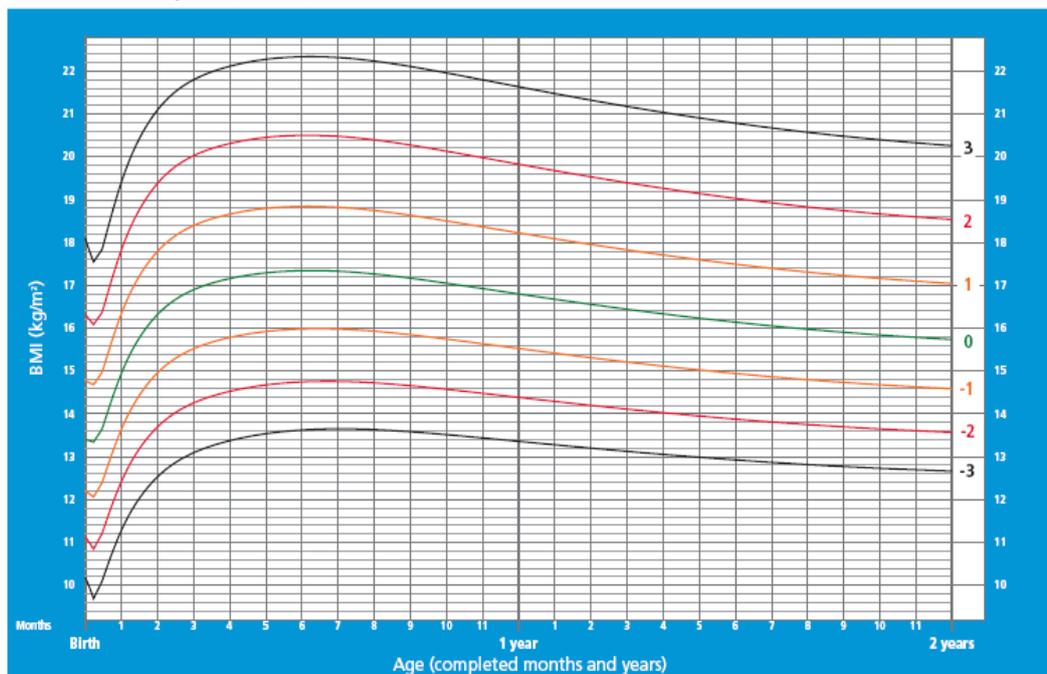
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards