

O CUIDADO COM A ALIMENTAÇÃO INFANTIL NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CUIDADORES FAMILIARES

Childhood feeding care as seen by family health professionals and family carers

Larissa Tavares Dias¹, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento²,
Fernanda Ferreira Marcolino Nutricionista³

RESUMO

A atenção integral à saúde da criança constitui uma das prioridades nas ações da Estratégia Saúde da Família. Entre as várias dimensões do cuidado infantil, a alimentação assume um papel fundamental, carregando, em si, componentes de ordem biológica e sociocultural. O estudo objetivou identificar as percepções, valores e experiências dos cuidadores familiares e de profissionais de uma equipe de saúde da família sobre a alimentação de crianças menores de dois anos de idade. Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família na Zona Leste do município de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram constituídos por dez cuidadores familiares e nove profissionais de saúde. As entrevistas foram guiadas por um roteiro de entrevista semiestruturado e, posteriormente, foram transcritas, categorizadas e analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin. Os discursos foram agrupados em sete categorias, visando compreender o pensamento dos sujeitos por meio das condições empíricas do texto. Os entrevistados ressaltaram fatores socioeconômicos e culturais interferindo no cuidado com a alimentação da criança, assim como a importância de consumir alimentos frescos e naturais em detrimento dos industrializados. A valorização do aleitamento materno e a evolução da alimentação da criança também foram iden-

ABSTRACT

One of the priorities of the Family Health Strategy is the integral care of children's health. Among the various dimensions of child care, nutrition plays a key role, carrying biological and cultural components. The study aimed to identify the perceptions, values and experiences of family caregivers and professionals from a family health team on the nutrition of children under two years of age. This was an exploratory research with a qualitative approach, carried out in a Basic Family Health Unit in the Eastern Zone of São Paulo. The subjects of the study consisted of ten family caregivers and nine health professionals. The interviews were guided by a semi-structured interview roadmap and were later transcribed, categorized and analyzed based on the technique of content analysis proposed by Bardin. The statements were grouped into seven categories to understand the subject's thoughts through the empirical conditions of the text. In conclusion, the socioeconomic and cultural factors that interfere in childhood feeding care were identified by the subjects, as well as the importance of eating fresh and natural food, rather than industrialized one. The increasing value of breastfeeding and the children's nu-

¹ Larissa Tavares Dias, nutricionista. Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional. FASM/CSSM/MS. E-mail: latdias@hotmail.com

² Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, fisioterapeuta, Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina/Ministério da Saúde e Assessora Técnica do NASF e Reabilitação da APS Santa Marcelina.

³ Fernanda Ferreira Marcolino, nutricionista, Especialista em Saúde da Família. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina/Ministério da Saúde

tificadas, entretanto, faz-se necessário que o profissional seja promotor da saúde, oferecendo orientação à família de forma dialógica, respeitando e articulando os distintos saberes: formais e populares.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado do Lactente; Alimentação; Assistência Integral à Saúde; Programa Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família, atualmente com status e denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF), surgiu em 1994 com o objetivo de substituir o modelo médico-hospitalar e reorientar a assistência a partir da atenção básica. De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se levar a saúde para mais perto da família, de seu ambiente físico e social e priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, privilegiando o trabalho em equipe multiprofissional.¹

Uma das prioridades da ESF diz respeito à atenção integral à saúde da criança e aponta para o compromisso de prover qualidade de vida, de forma que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.² Nesta perspectiva, a noção de cuidado surge como uma importante prática a ser assumida pela equipe de saúde no sentido de garantir a integralidade da atenção.

Em seu estudo, Waldow³ aponta que o processo de cuidar pode ser definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos para promover, manter ou recuperar a dignidade e totalidade humana. Desse modo, o cuidado também pode ser compreendido a partir da subjetividade que o inspira.

Nas várias dimensões do cuidado infantil, a alimentação assume um dos aspectos chave em seu cotidiano. Os primeiros anos de vida da criança são críticos e caracterizados por alta velocidade de crescimento e intensa maturação, sendo que a nutrição apropriada é indispensável para assegurar sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento adequados.⁴ Porém, além da dimensão da necessidade orgânica, a nutrição e as práticas alimentares dos lactentes são influenciadas pelo ambiente familiar e vinculadas aos valores socioeconômicos e culturais nos diferentes contextos.^{5,6}

A partir disso, nota-se que pesquisas que busquem compreender a dimensão da alimentação no cuidado infantil fazem-se oportunas, já que os sentidos do cuidar e o reconhecimento dos aspectos socioculturais que estão

trition transition was also identified, however, it is necessary for the professional to become a health promoter, providing guidance to the family in a dialogical way, respecting and articulating formal and popular knowledge.

KEY WORDS: Infant Care; Feeding; Comprehensive Health Care; Family Health Program.

no seu entorno são necessários para repensar as práticas de promoção da alimentação saudável, fundamentais na primeira infância.

Este estudo teve como objetivo identificar e analisar as práticas alimentares de crianças de 0 a 2 anos de idade, compreendendo as percepções, valores e experiências dos cuidadores familiares sobre a alimentação da criança, assim como identificar as percepções e ações desenvolvidas por profissionais de uma equipe de saúde da família acerca da alimentação nesta faixa etária.

MÉTODOS

O caminho metodológico constou de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A investigação foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada na Zona Leste do município de São Paulo, entre os meses de janeiro a junho de 2009.

Os sujeitos do estudo foram constituídos por 2 grupos: de profissionais de uma equipe de saúde da família, perfazendo 9 profissionais (5 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 cirurgião dentista e 1 auxiliar de saúde bucal) e de cuidadores familiares de crianças de 0 a 2 anos de idade, totalizando 10 cuidadores. Este último grupo foi escolhido aleatoriamente por meio de sorteio das famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica. Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se a sigla C, seguida de um número para se referir à fala dos cuidadores, e P para os profissionais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo sob o parecer de nº035/09. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes após a ciência dos objetivos do estudo.

A coleta de dados foi mediada por um roteiro de entrevista semiestruturada e realizada no domicílio com os cuidadores familiares selecionados e na UBSF com os profissionais de saúde.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas de forma integral. Os discursos foram agrupados em núcleos de sentido formando categorias, visando compreender o pensamento dos sujeitos por meio das condições empíricas do texto, conforme preconiza a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁷. Os sujeitos do estudo foram caracterizados de forma que, no grupo constituído por profissionais de saúde, identificaram-se 8 participantes do sexo feminino, apresentando idade entre 19 e 44 anos, sendo a média de 29,3 anos e tempo de trabalho desenvolvido na ESF de três anos.

O grupo de cuidadores familiares foi composto por 8 mães e 2 avós, cuja idade variou entre 20 e 48 anos, com média de 32,7 anos de idade e com tempo médio de cadastro na UBSF de 4 anos. Cinco dos cuidadores possuíam Ensino Fundamental incompleto, 4, Ensino Médio completo e 1, com Ensino Fundamental completo; e a principal ocupação referida por 7 dos cuidadores foi a de cuidado com o lar, seguida de 2 autônomos e 1 operador de caixa. A média de renda mensal foi de R\$ 1.157,00 reais, sendo que o número médio de moradores por domicílio foi de 4,7 pessoas.

Em relação ao grupo de crianças que participou do estudo, sua idade variou entre 6 e 23 meses, apresentando média de 14,4 meses, no momento da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias formuladas a partir dos discursos dos profissionais e cuidadores foram agrupadas, configurando-se em sete categorias, a saber: cuidado ampliado vs modelo higienista; influência do contexto socioeconômico e cultural sobre a alimentação infantil; influência do ambiente familiar no cuidado relacionado à alimentação da criança; alimentação variada e saudável; práticas alimentares: transição da alimentação da criança; cuidados de higiene com relação à alimentação e o cuidado com a alimentação no processo de trabalho.

Cuidado ampliado vs Modelo higienista

O modelo de atenção à saúde da criança evoluiu conforme o cenário político, socioeconômico e cultural em que uma sociedade está inserida. Ainda nos dias atuais, verifica-se que algumas práticas de assistência à saúde da criança possuem raízes no modelo higienista do final do século XIX, que tinha como eixo central a saúde e a defesa de novos hábitos higiênicos, e no qual vários aspectos coti-

dianos de cuidado com a criança, incluindo a alimentação, eram prescritos pelo médico.⁶

Nos discursos abaixo, a visão de alguns entrevistados reforça a concepção de cuidado, com enfoque neste modelo:

Eu acho que é isso, higiene, alimentação, né? E vacina e assim, um acompanhamento mesmo, do médico e da enfermeira, pra tá dando orientação, aí tem tudo pra sé uma criança saudável. (P7)

[...] eu tô fazendo não só do meu jeito, mas eu tô sempre fazendo acompanhamento médico, né? Então assim, eu sempre tenho essa preocupação pra ver se o que eu tô fazendo tá certo. Por mais que nós somos mães, é sempre importante ter a orientação de um especialista. (C7)

Martins⁸ destaca que, de acordo com este modelo, não havia um modo natural de criar filhos e as mães deviam ser guiadas pela racionalidade científica da medicina e dos especialistas, por meio de ações pré-estabelecidas, tornando a maternidade uma experiência normalizada e com a alimentação ocupando um lugar central na garantia de saúde da criança.^{6,8}

A balança constituía-se como uma ferramenta imprescindível que a mãe deveria ter para seguir um regime alimentar ideal, dada a relevância à questão do peso da criança⁸. Tal preocupação foi encontrada em diversas falas, tanto de profissionais quanto de cuidadores, como demonstrado a seguir:

[...] precisa de ter uma alimentação correta, precisa de todo mês levá-la no médico, pra ver se ela tá pegando peso, se ela tá crescendo adequadamente. [...] pra ela ser uma criança saudável. (P2)

Acho que tem que ter acompanhamento, né? Ela faz acompanhamento no posto todo mês, negocio de ir lá pra falar... peso, crescimento, tudo. (C2)

Contrária a essa visão mais objetiva e unicausal, a abordagem ampliada de saúde deve compreender a interação do indivíduo e de seu problema de saúde em macroestruturas, ao incluir a importância das várias dimensões do sujeito: biológica, subjetiva, social e cultural.⁹ Neste estudo, observou-se que alguns cuidadores e profissionais de saúde apresentaram uma percepção de cuidado da criança numa visão ampla, destacando não apenas o crescimento e o desenvolvimento infantil, mas também o envolvimento da família, escola e serviço de saúde influenciando neste cuidado:

Cuidados com relação a alimentação, com relação a higiene, com relação a saúde, né? [...] acho que é tudo isso que ele precisa. E com certeza uma coisa que não pode faltar é muito amor e carinho. Se não tiver isso acho que dificulta muito o desenvolvimento da criança. (C7)

[...] acho que tem que ter essa coisa dentro da família de estrutura afetiva, primeira coisa. Ai depois, acho que tem que ter condições básicas de sobrevivência: higiene, alimentação, né? [...] ter direito a uma vaga na escola ou na creche, tem que ter acesso a saúde, [...] educação, essas coisas. (P9)

Influência do contexto socioeconômico e cultural sobre a alimentação infantil

As práticas alimentares podem ser compreendidas não somente quanto aos alimentos habitualmente consumidos, mas também por sua disponibilidade, por influências culturais, pela mídia, pelo modo de vida, entre outros. A alimentação do ser humano é construída e aprendida cognitivamente e ideologicamente nas relações sociais¹⁰, constituindo a primeira aprendizagem social da criança. Esta aprende o senso do que é bom para o grupo ao qual ela pertence e interioriza os valores centrais de sua cultura.¹¹

Na percepção dos entrevistados, emergiram alguns valores e crenças sobre a alimentação infantil. A proibição do consumo de certos alimentos ácidos também foi encontrada em outras pesquisas, em que mães atribuíram sua ingestão a cólicas e alergias na criança.⁵ Este aspecto pode ser exemplificado por meio da fala de um dos profissionais entrevistados:

A fruta não pode ser aquela fruta ácida, procurar um suquinho de laranja, laranja lima. (P2)

Na perspectiva de alguns cuidadores, as crianças não conseguem obter um bom crescimento e desenvolvimento se forem alimentadas com excesso de alimentos artificiais, tornando-as mais susceptíveis a doenças. Entretanto, assim como observado nos estudos de Rotenberg e De Vargas¹⁰ e Salve⁶, apesar de reconhecer que o consumo destes alimentos industrializados é prejudicial à saúde, ainda são oferecidos às crianças pelos membros da família. Sua oferta é justificada pelo crescimento e desenvolvimento percebidos pela mãe como normais ou por uma aceitação melhor destes alimentos pela criança⁶, conforme exemplificam as falas:

[...] mas se você chegar com um Danone®, com um pirulito, com um salgadinho ela come, entender? Isso daí vai deixando

a criança mais magra, mais fraca, mais doente, aí toda hora fica gripada. [...] (C3)

[...] refrigerante não, não faz bem! Mas às vezes ele toma também. Não posso falar que não porque, às vezes, ele toma. [...] Sem nenhum problema de saúde. Nem tão acima do peso, nem tão abaixo do peso, tão no peso normal. (C3)

[...] a médica falou que num era bom dá Miojo®, porque num tinha vitamina, Miojo®...Mas ela adora [...]. De vez em quando eu dô pra ela, sabe. Nunca dô direto, direto, não!" (C5)

Pesquisa acerca da alimentação infantil, realizada com mães de crianças sob risco nutricional, evidenciou que, estas consideraram alimentos “fortes” aqueles que fazem bem para a saúde, pois alimentam e sustentam.¹⁰ Neste estudo, a oferta de alimentos com esta simbologia também foi valorizado pelos cuidadores:

Se fizer mingau de maisena mesmo, eu coloco um ovo dentro. Porque eu acho que só a maisena e o leite não têm tanta coisa. Ai eu coloco um ovo dentro e cozinho o mingau, faço o mingau. (C3)

Ele gosta de comer comida pesada mesmo: arroz, feijão, mandioca, de purê, batata doce ele gosta de comer. (C3)

Os aspectos culturais e simbólicos presentes na alimentação e, sobretudo, nas práticas alimentares são frequentemente traduzidos como ignorância ou falta de informação.¹² Neste estudo, tais aspectos foram reconhecidos pelos profissionais, porém, notou-se certa dificuldade em refletir com o usuário sobre essa influência de forma contextualizada e sem generalizações:

Ab, a folha verde então, ah Jesus, só por Deus! É porque aqui a gente tem uma população grande de muitos nordestinos e a gente sabe que os nordestinos têm dificuldade com isso. [...] (P9)

Baião e Deslandes¹² acreditam que promover a educação nutricional como uma intervenção capaz de transformar hábitos tem se revelado uma tarefa pouco eficaz, o que leva a crer que o entendimento sobre o processo histórico e os aspectos simbólicos da alimentação deveria estar contido nas orientações, as quais precisam compatibilizar a racionalidade técnico-científica e a cultura.

De um modo geral, além dos fatores culturais que interferem na alimentação, deve-se considerar também a

situação socioeconômica como um elemento importante de restrições. Sabe-se que a renda, juntamente com outros determinantes, concorre para garantir o acesso aos alimentos, e que famílias em situação de dificuldade financeira escolhem alimentos mais baratos para manter a quantidade de energia consumida.¹³

Foi possível observar nos discursos que tanto os profissionais como os cuidadores reconhecem a influência das condições socioeconômicas sobre as escolhas alimentares da família e da criança:

Assim, porque tem famílias que não tem condições de comprar coisas saudáveis[...]. Mas pra elas são mais prático fazer o mais errado, por exemplo, uma fritura [...] (P5)

Na alimentação, assim, frutas, essas coisa, é difícil. Porque meu marido só trabalha, o pai não ajuda, então...a gente faz o que pode, né? Hoje dá pra comprar uma banana, amanhã não dá. E eu vou levando assim. (C4)

Nos discursos, verificou-se que as frutas são consideradas difíceis de serem consumidas com frequência pela criança, em razão de seu preço elevado. Por outro lado, alimentos fritos parecem estar mais presentes na dieta. Na Pesquisa de Orçamento Familiar de 2002-2003, realizada pelo IBGE¹⁴, verificou-se que as camadas com menor nível de rendimento familiar apresentaram consumo excessivo de gorduras e dieta pobre em verduras, legumes e frutas. Utilizando o mesmo levantamento, Claro *et al.*¹⁵, encontraram que a participação relativa dos gastos com frutas e legumes tendeu a aumentar com a renda, demonstrando forte associação do consumo alimentar com a condição socioeconômica presente na família.

Percebeu-se que há dificuldade por parte de alguns profissionais em lidar com as limitações socioeconômicas encontradas na realidade onde atuam, o que pode demonstrar uma falta de preparo técnico e pessoal no sentido de propor estratégias para o enfrentamento dessa situação. Um dos entrevistados aponta para essa questão, sem aprofundar nos possíveis caminhos que busquem melhorar essa condição, como a aquisição e preparo de alimentos frescos e de época, o aproveitamento integral dos alimentos e a busca de uma rede de apoio:

Com pouco dinheiro consegue suprir as necessidades do filho, entendem? Proporcionar à mãe o conhecimento da alimentação que ela pode dar pro filho, mesmo não tendo renda suficiente, né? Normalmente, a gente trabalha muito com marca, né? Ah, marca tal é boa... Não! De repente, com pouco dinheiro você consegue resolver a necessidade do filho. (P6)

Influência do ambiente familiar no cuidado relacionado à alimentação da criança

Os hábitos e as práticas alimentares de bebês, desde a amamentação até a alimentação cotidiana da família, são permeados pelo aprendizado de cada um de seus membros, constituindo-se num processo construído com base em diferentes dimensões e influenciado pelo grupo social no qual a criança está inserida.⁶ O discurso a seguir reforça a ideia da família enquanto referência de cuidado à criança:

Acho que o principal pro cuidado da criança fica mesmo sendo dentro de casa, mesmo não passando a maior parte do dia com os pais, mas essa referência acho que é muito importante. (P9)

As falas de vários entrevistados apontaram que os pais e a família devem incentivar hábitos alimentares saudáveis e servir de exemplo para os filhos:

[...] muitas vezes, a gente não come direito e quer fazer com que a criança coma. (...) Então, por exemplo, [...] eu não como fruta, é muito difícil, [...] isso é ruim, porque como que eu vou querer que eles comam, se eu não tenho esse hábito? (P1)

Que os pais devem desenvolver o hábito de ajudar eles (os filhos) já desde pequenos de comer alimentos saudáveis, né? Mas isso já deve estar dentro da estrutura familiar. (P3)

Eu já comecei a incentivar ele de nenezinho. [...] Eu acho que a alimentação [...] pra ele, você tem meio que incentivá. Porque se você não incentivá ele a querê comê, ele não come, não! (C3)

O ambiente onde a criança é alimentada deve ser entendido como agente de grande importância, já que nele se manifestam as relações de cuidado.¹⁶ A importância de a criança comer junto com os familiares foi citada tanto pelos profissionais quanto pelos cuidadores, e pode ser entendida como uma forma de incluí-la na família, representado um modo de socialização da criança neste ambiente.

Pra essa criança começar a comer com a família, tem criança que já quer comer vendo o familiar comendo. (P8)

Porque logo no início eu acostumava ele a comer comigo [...], aí acabou acostumando a comer o mesmo tipo de comida que eu como. (C3)

Ai, ela come tudo que eu dou. Assim, se eu tiver comendo, sabe, arroz, feijão, tudo, assim, que dá, ela come. [...] Acho que ela sente mais, assim, vontade, comê quando tá mais eu. (C5)

Enquanto prática cultural, a alimentação sofre influência dos valores aprendidos e do apoio dos membros familiares¹⁶. SALVE⁶ encontrou em seu estudo que as mulheres sentem necessidade de reafirmar suas escolhas, embasadas na experiência de pessoas mais velhas ou que já vivenciaram a introdução de alimentos complementares. A fala de um cuidador exemplifica essa influência:

Aí eu sempre aprendi com a minha mãe que comida não se bate em liquidificador, né? (C3)

Alimentação saudável e variada

As recomendações atuais sobre a alimentação infantil destacam que esta precisa ser composta por alimentos básicos e devem ser evitados os alimentos processados nos primeiros anos de vida, privilegiando os naturais e menos refinados. Assegurar o consumo de vários tipos de alimentos, evitando a monotonia e garantir seu equilíbrio em quantidade e qualidade, auxilia o alcance de uma nutrição adequada.¹⁷

O consumo de alimentos frescos, variados e naturais, bem como o menor consumo de alimentos industrializados foram aspectos referidos por grande parte dos profissionais de saúde e cuidadores:

Preparar os alimentos assim, naturalmente, com legumes, né? Que são mais saudáveis. Alguns pedacinhos de carne, alguma coisa que tenha proteína e que ajude até mesmo a criança não ter anemia, né? (P3)

“Eu acho que tem que ter beterraba, batata, cenoura, fazer ou frango ou...carne moída, é... peixe., [...] salada [...], verdura, fruta, o arroz, feijão, que é necessário. Macarrão também faz bem, acho que tudo tem uma certa proteína que o ser humano precisa, né? (C3)

O cuidado que tem que dar fruta, que tem que dar folha, que num sei o quê, mas a mãe não dá. A mãe dá salgadinho, dá chiclete, dá bala. A criança se enche de coisa e acaba não comendo as coisas que são saudáveis. (P8)

Além disso, observou-se que os entrevistados acreditam que uma dieta diversificada faz parte do que seria considerada uma alimentação saudável, como demonstrado abaixo:

[...] procurar não dar também uma alimentação todo dia [...]. Vê se você faz hoje um purezinho de batata, amanhã você dá outro legume, pra criança começar a sentir outros sabores.” (P2)

A aparência também constitui um dos aspectos fundamentais da alimentação, como forma de garantir a variedade, principalmente em termos de vitaminas e minerais, e também a apresentação atrativa das refeições, facilitando o aumento do consumo de alimentos saudáveis como legumes, verduras, frutas e tubérculos em geral.¹⁷ Neste aspecto, foi verificado que os profissionais e cuidadores estão em consonância com o que é recomendado na literatura:

[...] tem que ser uma alimentação [...] bem colorida, porque quanto mais colorida, mais nutrição tem, mais vitamina tem. (P5)

Mas tem que se muito colorido, pra ele querer comê. (C3)

Estudo efetuado com mães destacou que estas valorizaram a importância de a criança comer “comida” em quantidade, qualidade e nos horários adequados¹⁰. A ênfase nos horários das refeições foi presença constante nas falas dos entrevistados:

Uma alimentação nos horários corretos, [...] sempre num horário. (P5)

Aí tem que ficar ali sempre com relógio. Nós trabalhamos com o relógio com ela. Se comeu agora, tem que marcar hora pra ver quando vai ter que comer de novo. (C2).

Verificou-se que os discursos destoam da literatura, a qual considera que o horário não deve ser o principal norteador para alimentar a criança pequena. A alimentação deve ser responsiva aos sinais de fome da criança, devendo ser essa condição a base para a oferta de alimentos, e não os horários pré-estabelecidos pelos cuidadores.¹⁸ Além disso, é conhecido que crianças menores de seis meses amamentadas exclusivamente começam a desenvolver desde cedo a capacidade de autocontrole da ingestão, segundo suas necessidades.¹⁷

Práticas alimentares: transição da alimentação da criança

A alimentação da criança sofre modificações ao longo de seus dois primeiros anos, evoluindo da dieta líquida, na qual o leite é o principal alimento, para uma dieta pastosa, até receber os alimentos consumidos pela família.¹⁹

A promoção do aleitamento materno tem sido colocada como uma prioridade no contexto das políticas voltadas à saúde materno-infantil.²⁰ O leite materno apresenta inúmeras vantagens, como o valor nutricional, a proteção

imunológica contra diferentes infecções, menor risco de contaminação e o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho.⁵

Verificou-se que os discursos de muitos cuidadores trouxeram o reconhecimento das vantagens da amamentação para a criança, conforme explicitado a seguir:

Ela ainda mama ainda. Porque é onde ela vai conseguir as defesas pra quando ela ficar doente. Ela fica melhor mais rápido [...]. O leite materno é completo. Ela já vai ter uma boa estabilidade assim, né? (C9)

Foi consenso e unânime entre os profissionais orientar a prática do aleitamento materno até os seis meses de idade da criança, no entanto, a maioria não reforçou sua continuidade até os dois anos, divergindo da recomendação preconizada pela Organização Mundial da Saúde - WHO²¹. Apenas um profissional mencionou o seguimento da amamentação até os dois anos de idade:

Então, eu sempre procuro (orientar à mãe) manter o aleitamento materno até o sexto mês [...]. (P8)

Mesmo quem alimenta até os 6 só no peito, com 7, 8 meses já tá querendo tirar do peito. Aí você vai explicar que o lactente é até 2 anos [...]. (P9)

A importância da oferta de alimentos complementares em tempo oportuno tem sido bastante citada. Sabe-se dos prejuízos que a introdução precoce de alimentos pode trazer, ao interferir na duração do aleitamento materno, na absorção de nutrientes deste leite e aumentar o risco de contaminação, diarreia e reações alérgicas. Em compensação, uma introdução tardia também não é vantajosa, já que dificilmente consegue atender às necessidades energéticas do lactente, podendo levar à desaceleração do crescimento e aumentar o risco de desnutrição e deficiência de micronutrientes.⁵

Neste estudo, constatou-se que a época de introdução dos alimentos complementares ocorreu tanto precoce quanto tardiamente:

Assim, com 1 mês e pouco meu leite secou. Aí eu já comecei a dar mamadeira pra ela. (C5)

Só o peito até 7 meses. Com 6 meses ainda ele não comia nada, porque não era acostumado. Que eu não dei nada, só dava o peito, peito, peito. Ele foi comer com 7 pra 8 meses [...]. Ele demorou um pouco pra comer. Foi comer direito lá

pra 1 ano. (C3)

Além disso, observou-se que a dimensão afetiva envolveu fortemente o processo de amamentação para muitas mães, sendo a experiência de “tirar o peito” vivenciada como um momento difícil. Esse sentimento também foi encontrado em estudo com mulheres que relataram dificuldade em deixar de amamentar, pois representava um distanciamento em relação à criança, já que o aleitamento era vinculado à ideia de afeto, carinho e vínculo.⁶

Aí, com 1 ano e 2 meses eu tirei o peito dele. E foi difícil também. Porque ele não pegava mamadeira [...].[...] eu decidi tirar mesmo, porque ele já tava muito grande e eu tava muito magra já, não tava mais quentando dá e ele, ao invés dele querer comer, tava querendo só mamar, mamar, mamar. Ele tava viciado no peito. Aí eu falei vou tirar de vez, [...] foi difícil! Porque eu acho que quem era viciado não era ele, era eu! [...] eu sentia falta de dar o peito pra ele. [...] Aí eu ficava com dó, um monte de coisa, aí, eu fui acostumando a dar a mamadeira. (C3)

Então, hoje ele já tem seis meses, né? [...] eu não gostaria, né? Mas infelizmente, eu vou ter que colocar ele numa creche. Então por esse motivo, eu tive que já começar a tirar ele do peito. (C7)

Pesquisa realizada com um grupo de mulheres demonstrou que, diante da experiência do desmame precoce, estas construíram outras estratégias que buscassem suprimir as necessidades integrais da criança, visando não comprometer a relação de vínculo com seu filho²². No presente estudo, o momento de introdução de alimentos foi avaliado de forma positiva e prazerosa somente para dois sujeitos:

[...] que nem, você começa com seis meses a introduzir, elas fazem tudo direitinho, gostam muito já dessa fase de laboratório de comidinha. (P9)

E é 24 horas com o olho em cima dele, sem sair um minuto. E é sempre cuidando da comidinha dele, das merenda. [...] Eu me sinto feliz nessa hora que eu tô cuidando dele [...]. Eu fico mais feliz quando ele come direitinho, né? (C1)

A grande maioria dos profissionais entrevistados pausou iniciar a introdução de alimentos pela fruta ou suco de frutas, após os seis meses. Em outra pesquisa, grande parte das mães utilizou o suco como primeiro alimento no início da transição alimentar, o que pode significar

um reflexo das orientações anteriores do Ministério da Saúde, que preconizava a oferta do suco pela manhã, como uma refeição¹⁶:

Depois, quando a criança não tá mais em aleitamento materno [...], a gente vai introduzir as coisas de rotina: o suquinho de fruta, a papinha de fruta. Depois introduzir o almoço [...] (P8)

Faz-se necessário reforçar que, segundo as recomendações atuais, após os seis meses deve haver introdução gradativa da alimentação complementar, sendo que a criança amamentada deve receber três refeições ao dia: duas papas de fruta e uma papa salgada. E após completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, pode-se introduzir a segunda papa salgada¹⁷, mantendo-se o leite materno até dois anos ou mais. Além disso, o profissional deve orientar ao cuidador que o termo “papa salgada” não se refere a uma preparação com muito sal e sim à papa completa com cereais, raízes ou tubérculos, vegetais e carne.

Destaca-se também a importância da alimentação complementar oportuna e adequada quanto à consistência. Recomenda-se que a alimentação complementar seja espessa desde o início e oferecida de colher, começando pastosa e gradativamente, aumentando sua consistência até chegar à alimentação da família.⁵ Algumas práticas inadequadas de preparo, como liquidificar ou peneirar a comida da criança, ainda estiveram presentes:

[...] quando ele começou comer eu fui dar mamadeira pra ele, ele não quis, aí eu fiz a papinha dele, né. Fiz um legume cozido, batia no liquidificador, fazia a papinha e dava duas vezes [...]. (C1)

Então eu sempre passava na peneira. Eu ficava me matando na peneira pra dá pra ele e ele não comia. (C3)

Sabe-se que a consistência não apropriada à idade da criança compromete uma ingestão adequada de nutrientes. Sopas e comidas moles não fornecem calorias suficientes para suprir as necessidades energéticas das crianças pequenas, devendo ser desaconselhadas.²³

Além dos tipos de alimentos e consistência oferecidos à criança, também é importante a atenção para o momento da refeição. Os adultos devem assistir e incentivar a criança a manipular os alimentos e a comer sozinha, pois favorece seu desenvolvimento.²⁴ No estudo, essa experiência foi relatada por um dos cuidadores:

Aí agora ele já sabe comê sozinho, né? [...] Às vezes, quando ele não consegue comer com a colher, quando é macarrão, aqueles parafusinho, ele come com a mão mesmo. E ele não gosta quando você vai tentá dá pra ele a comida, sabe? (C3)

Cuidados de higiene com relação à alimentação

O cuidado com a higiene dos alimentos oferecidos à criança, como o adequado manejo, preparo, administração e estocagem podem reduzir o risco de contaminação dos mesmos e, conseqüentemente, a ocorrência de doença diarreica e desnutrição.¹⁷

Práticas seguras de higiene foram apontadas como relevantes pelos entrevistados no cuidado com a alimentação da criança:

[...] acho que princípio da alimentação é a higiene, né? Tem que ter uma higiene adequada na limpeza dos alimentos, na higiene dos alimentos, a água tem que ser uma água tratada, né? (P8)

Sempre mantê a comidinha dele tampadinha, sempre lavadinha, sempre limpinha. O pratinho dele sempre eu lavo, os copinho eu escaldo, porque tem que escaldá, botá num tapenzerinho e guardá o que é dele, assim. Tem que ter cuidado, que a gente mora, né... (C1)

Os problemas mais comuns identificados em pesquisas com diferentes populações incluíam a contaminação da água, higiene pessoal e de utensílios precária e a prolongada estocagem à temperatura ambiente.⁵ Neste estudo, algumas dificuldades foram apontadas como fatores impeditivos para a concretização das práticas de higiene adequadas. Verifica-se nos discursos que, apesar do profissional conhecer a realidade local, faltam-lhe estratégias para superação dessas barreiras:

Então, é até um pouco complicado a gente falar da higiene das coisas, sendo que as pessoas não têm condições socioeconômicas de ter higiene, muitas vezes, né? (P8)

[...] também num adianta você querer que a criança [...] que a mãe tenha higiene, se não tem nem saneamento básico da casa [...] (P7)

Pesquisa realizada com mães, visando mudança nas práticas de higiene dos alimentos, demonstrou que apesar das limitações encontradas no local, como falta de água limpa, sabão e utensílios, conseguiram-se reduzir algumas

práticas inadequadas através de intervenções educativas participativas e respeitando os aspectos culturais da mãe. Evitar estocar alimento já preparado, utilizar copo e colher em substituição à mamadeira, lavar as mãos antes de dar o alimento à criança e ferver a água utilizada para a diluição de leites e mingaus foram aspectos observados no domicílio que tiveram melhora.²³

O cuidado com a alimentação no processo de trabalho

Uma das atribuições da equipe de saúde da família consiste na realização do acompanhamento, orientação, educação e incentivo às ações de promoção à saúde e prevenção de distúrbios nutricionais.² O profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável quando consegue traduzir os conceitos, de forma prática, à comunidade que assiste em linguagem simples e acessível.¹⁷

Neste estudo, os profissionais entrevistados referiram realizar orientações alimentares, sobretudo durante as consultas médicas e de enfermagem, mas também nas visitas domiciliares e atividades de grupo. A utilização de material impresso, como receitas e cardápios, foi uma estratégia adotada para auxiliar os cuidadores em alguns aspectos da alimentação da criança, exemplificada nas falas abaixo:

[...] eu faço uma tabelinha escrito das sopinhas com as categorias, legumes, verduras, carnes, temperos, explico quais são os temperos [...] (P9)

[...] a gente pede pra, às vezes, a mãe até mesmo montar um cardápiozinho, pra ela todo dia não ficar repetindo, né? Antigamente, a gente dava um cardápiozinho pras mães, sabe? Quando a gente fazia grupo [...] (P2)

Grande parte dos cuidadores valorizou o acompanhamento da criança e as orientações sobre alimentação recebidas de médicos e enfermeiros da UBSF onde são cadastradas, conforme demonstrado a seguir:

Pra me auxiliar ela me deu uma lista com todos os alimentos, as vitaminas, proteínas, tudo que precisa pra alimentação dele ficar adequada, e isso me auxiliou muito, né? [...] eu tenho procurado seguir, né? (C7)

Com a enfermeira e com a médica, né? Sempre falam. [...] E [...] o povo sempre fala pra dar as coisas pra ela, né? Um monte de coisas diferentes e eu vou fazendo né? Pra ver se ela come. (C10)

No que tange à abordagem empregada pelo profissional, verificou-se a importância deste não ser apenas um disseminador de informações e sim, assumir seu papel enquanto educador, utilizando abordagens dialógicas e emancipatórias²⁵. Em alguns discursos dos profissionais, observou-se dificuldade em estabelecer um diálogo horizontal a partir da construção e incorporação de conceitos compartilhados, sendo mais utilizado o discurso centrado no convencimento e risco de adoecimento:

[...] tento convencer a mãe, explicando a importância, os riscos que a criança corre se não ficar no aleitamento materno exclusivo até o sexto mês. (P8)

Não é pra passar nada no liquidificador e também não é pra dar mamadeira. A gente orienta assim, né? Mas elas não cumprem muito isso, né? (P2)

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que coexistem, entre os sujeitos, percepções distintas de cuidado com a criança, algumas ainda refletindo o modelo biomédico e outras alcançando o modelo ampliado de saúde e cuidado, no qual consideram relevantes componentes de ordem subjetiva, afetiva e social.

O consumo de alimentos frescos e naturais, assim como manter uma dieta diversificada e evitar alimentos industrializados são práticas que os entrevistados consideram saudáveis e estão em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, outros elementos revelados pelos sujeitos, como o início da alimentação complementar pelo suco de frutas, desmame precoce, consistência pouco espessa e rigidez com os horários das refeições são desaconselhados.

Uma atenção especial deve ser dada à questão do aleitamento materno, pois apesar do consenso entre os profissionais em orientá-lo de forma exclusiva até os 6 meses de idade da criança, o aleitamento continuado até os 2 anos ou mais só foi apontado por apenas um profissional, divergindo da recomendação preconizada pela OMS. Assim, observa-se a necessidade de alinhamento teórico dos profissionais quanto às recomendações atuais sobre alimentação infantil.

Além da dimensão orgânica, foi relatada a complexidade dos fatores sociais, econômicos e culturais que permeiam as práticas alimentares. Assim, o conhecimento do ambiente onde as famílias vivem, sua situação de vida e seus valores e crenças possibilitam uma visão mais compreensiva das

práticas alimentares das crianças e facilita a atuação mais efetiva do profissional de saúde. Entretanto, apesar de alguns profissionais reconhecerem a influência desses fatores, percebe-se que há dificuldade em propor estratégias para o enfrentamento das limitações encontradas na realidade onde atuam.

O profissional, enquanto promotor da saúde, deve oferecer adequada orientação para a família e, principalmente, ajuda prática em determinadas situações, contribuindo para promover a melhoria das condições de vida e saúde das crianças.

Considerando que na ESF, as ações educativas são ferramentas essenciais para a promoção da saúde no contexto individual e coletivo, faz-se necessário que as equipes reconheçam os múltiplos aspectos nos sentidos do cuidar e estabeleçam estratégias de aprendizagem que favoreçam a troca entre os distintos saberes formais e populares. Assim, de forma conjunta com a família, o trabalho de promoção da alimentação saudável se tornará mais efetivo.

REFERÊNCIAS

1. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latinoam Enferm*. 2005 nov/dez; 13(6):1027-34.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006. 190p.
4. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83(1):53-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Salve JM. Estudo das Representações Sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
8. Martins APV. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. *Hist Ciênc Saúde*. 2008 jan/mar; 15(1):135-54.
9. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 53-93.
10. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004 jan/mar; 4(1):85-94.
11. Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr*. 2003 jul/set; 16(3):245-56.
12. Baião MR, Deslandes, SF. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev Nutr*. 2006 mar/abr; 19(2):245-52.
13. Panigassi G. Inquérito populacional sobre a percepção da segurança alimentar intrafamiliar no município de Campinas [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/2003: aquisição alimentar domiciliar per capita, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
15. Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4):557-64.
16. Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007 out/dez; 7(4):373-80.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [Citado em 2009 jul.17]. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd23.pdf

18. Peltó GH, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: Current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull.* 2003; 24(1):45-82.
 19. Chuproski P. Práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009. [Citado em 2009 ago. 15]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-30052007-084709>.
 20. Ciconi RCV, Venancio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004 abr/jun; 4(2):193-202.
 21. World Health Organization-WHO. World Health Assembly Resolution 54.2. Infant and young child nutrition. Geneva: WHO; 2001.
 22. Osório CM, Queiroz ABA. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 11(2): 261-67. 2007 jun [Citado 2009 jul. 11]. Disponível em: http://www.eean.ufrrj.br/REVISTA_ENF/2007_vol11/2007_vol11n-02JUNHO.pdf.
 23. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J).* 2004; 80(5):131-41.
 24. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr (Rio J).* 2000; 76(3): 253-62.
 25. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev Nutr.* 2005 set/out; 18(5):681-92.
-
- Submissão: setembro de 2009
Aprovação: janeiro de 2010
-