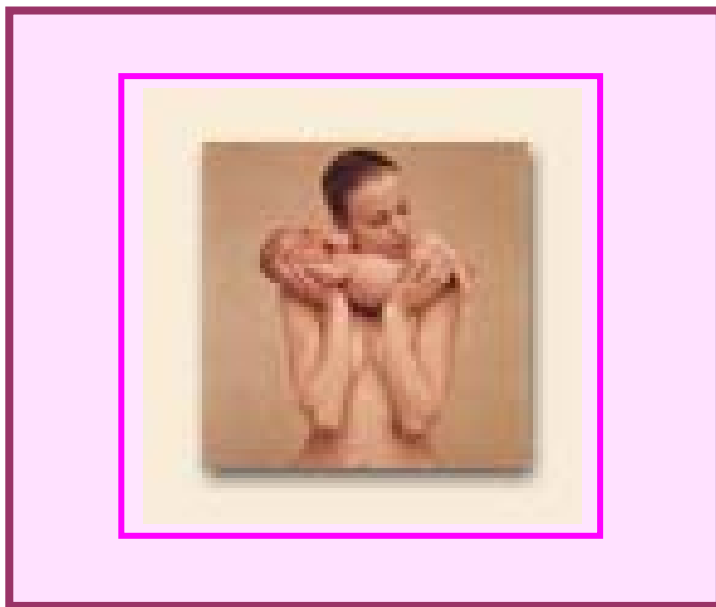


CARMINA SILVA DOS SANTOS

*Principais problemas encontrados
pelas mães de crianças entre
cinco e oito meses relativos à
transição alimentar atendidas em
um Serviço de puericultura do Recife*



RECIFE

2004

CARMINA SILVA DOS SANTOS

*Principais problemas encontrados
pelas mães de crianças entre
cinco e oito meses relativos à transição
alimentar atendidas em um Serviço
de Puericultura do Recife*

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora:

Prof^a Dra. Luciane Soares de Lima



**RECIFE
2004**

Título:

Principais problemas encontrados pelas mães de crianças entre cinco e oito meses relativos à transição alimentar atendidas em um Serviço de Puericultura do Recife

Nome: Carmina Silva dos Santos

Tese aprovada em: 26 / 03 / 04

Membros da Banca Examinadora:

- Gisélia Alves Pontes da Silva _____
- Emília Pessoa Perez _____
- Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos _____

**Recife
2004**

“A vida não espera de nós sacrifícios inatingíveis, ela apenas pede que façamos nossa jornada com alegria no coração para que possa ser uma bênção para todos aqueles que nos rodeiam”.

Eduard Bach

Dedicatória

- Aos meus pais Maria de Lourdes e José Caetano, maiores responsáveis pelo que hoje sou.

- Aos meus irmãos Maurício e Conceição, com carinho.

- A Nilcivan, companheiro e amigo, com amor.

- A João Lucas, afilhado, fonte de luz e alegria em minha vida.

Agradecimentos

- A Deus, fonte infinita de força, que nos faz caminhar a cada dia.

- Aos meus pais Maria de Lourdes e José Caetano, exemplos de dignidade, luta, e por sempre acreditarem e torcerem pelo meu sucesso, do qual são os grandes responsáveis.

- Ao meu irmão Maurício, pela ajuda constante, principalmente nos momentos mais difíceis.

- A Nilcivan, por sempre incentivar-me a cada passo da minha vida profissional, estando sempre presente em cada um deles.

- A Aloísia, pela sua sincera amizade, sempre disponível a ajudar-me.

- À Prof^a Luciane, orientadora e companheira neste desafio.

- À Prof^a Marly Javorsky, por fazer nascer em mim a grande paixão pela Puericultura, exemplo de competência e profissionalismo que tanto admiro e tento seguir em meu exercício profissional.

- À Prof^a Gisélia, por ter contribuído e participado deste trabalho a partir de sua origem.

- À Prof^a Marília, pelas preciosas informações quanto ao EPI-INFO.

- À equipe de funcionárias da vacina e puericultura do IMIP: Berna, Mônica, Bel, Aninha, Roseli e Franci, pelo carinho e incentivo desde o início desta jornada.

- A Hebe, pela amizade, harmonia e cooperação no nosso ambiente de trabalho.

- A Betânia, pela amizade e companheirismo desde o período da Residência de Enfermagem até a conclusão desta etapa.

- Ao Departamento de Enfermagem do IMIP, nas pessoas de Eliane Germano, Lannuze Gomes e Cristina Figueira, pelo apoio e compreensão durante todo o Curso de Mestrado.

- Ao Departamento de Enfermagem da UFPE, especialmente às Prof^{as} Joana, Marly e Luciana pelo carinho e acolhimento nesta instituição.

- A Cláudia Marina, fonoaudióloga, pela cumplicidade durante a realização de sua pesquisa, paralelamente à elaboração deste estudo.

- Ao Dr Luiz Cláudio Arraes, pelo incentivo constante, acreditando no progresso de minha vida acadêmica.

- Aos colegas de turma do Mestrado, por dividirmos as ansiedades, os medos e as alegrias vividos durante esta jornada.

- À equipe de Enfermagem do Hospital Memorial São José, auxiliares de enfermagem e enfermeiras, pelo incentivo durante o período deste Curso, incluindo as amigas Adriana, Vera, Sandra e Juliene.

- A Paulo Sergio, pelo esmero e competência na formatação deste trabalho.

– Às mães das crianças da Puericultura, sem as quais não haveria razão para este estudo.

– A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

Sumário

LISTA DE FIGURA, TABELAS E GRÁFICOS	IX
RESUMO	XI
ABSTRACT	XII
	p
1. INTRODUÇÃO	13
2. ARTIGO I	
Fatores que interferem na alimentação de transição do lactente	16
Resumo	17
Abstract	18
2.1 Introdução	19
2.2 Histórico	20
2.3 Aleitamento materno	22
2.4 Transição alimentar	23
2.5 Fatores que interferem na transição alimentar	27
2.5.1 Tipos de alimentos, preparos e utensílios utilizados para a oferta	30
2.5.2 Fatores relacionados à mãe	31
2.5.3 Fatores relacionados à criança	34
2.5.4 A transição alimentar e a consulta de enfermagem em Puericultura	

	36
	p
2.6 Repercussões da inadequação da transição alimentar sobre a saúde da criança	39
2.7 Considerações finais	40
2.8 Referências bibliográficas	41
3. ARTIGO II	
Fatores que interferem na prática alimentar de mães de crianças entre cinco e oito meses, em transição alimentar, atendidas em um Serviço de Puericultura do Recife	45
Resumo	46
Abstract	47
3.1 Introdução	48
3.2 Método	49
3.3 Resultados	52
3.4 Discussão	60
3.5 Referências Bibliográficas	65
4. CONCLUSÕES	67
5. RECOMENDAÇÕES	70
6. APÊNDICES	73

Listas de tabelas, gráficos e figura

		p.
REVISÃO DA LITERATURA		
Figura 1	Modelo causal	29
ARTIGO II		
TABELAS		
Tabela 1	Condições socioeconômicas das famílias de crianças de cinco a oito meses, em transição alimentar, atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003	52
Tabela 2	Perfil das mães de crianças de cinco a oito meses, em dieta de transição, atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003.	53
Tabela 3	Tempo de aleitamento materno exclusivo de crianças de cinco a oito meses em dieta de transição atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003.	55
Tabela 4	Particularidades referentes à dieta de transição de crianças de cinco a oito meses atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003.	55
Tabela 5	Razões alegadas pelas mães de crianças de cinco a oito meses, atendidas em um serviço de puericultura, para o não seguimento das normas do Ministério da Saúde transmitidas no serviço quanto a dieta de transição. Recife, 2003	57
Tabela 6	Percepção das mães de crianças de cinco a oito meses, atendidas em um serviço de puericultura, com relação à qualidade das orientações recebidas, na consulta de enfermagem, para a transição alimentar dos seus filhos. Recife, 2003.	59

GRÁFICOS

Gráfico 1	Cuidador dos lactentes de cinco a oito meses, em dieta de transição, atendidos em um serviço de puericultura, filhos de mães que trabalham fora do lar. Recife, 2003.	54
Gráfico 2	Crianças de cinco a oito meses atendidas num serviço de puericultura, quanto a adequação às normas do Ministério da Saúde para a transição alimentar. Recife, 2003	56
Gráfico 3	Principais orientadores da dieta de transição de crianças entre cinco e oito meses, atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003	58

Principais problemas encontrados pelas mães de crianças entre cinco e oito meses, relativos à transição alimentar, atendidas em um serviço de puericultura do Recife.

Resumo

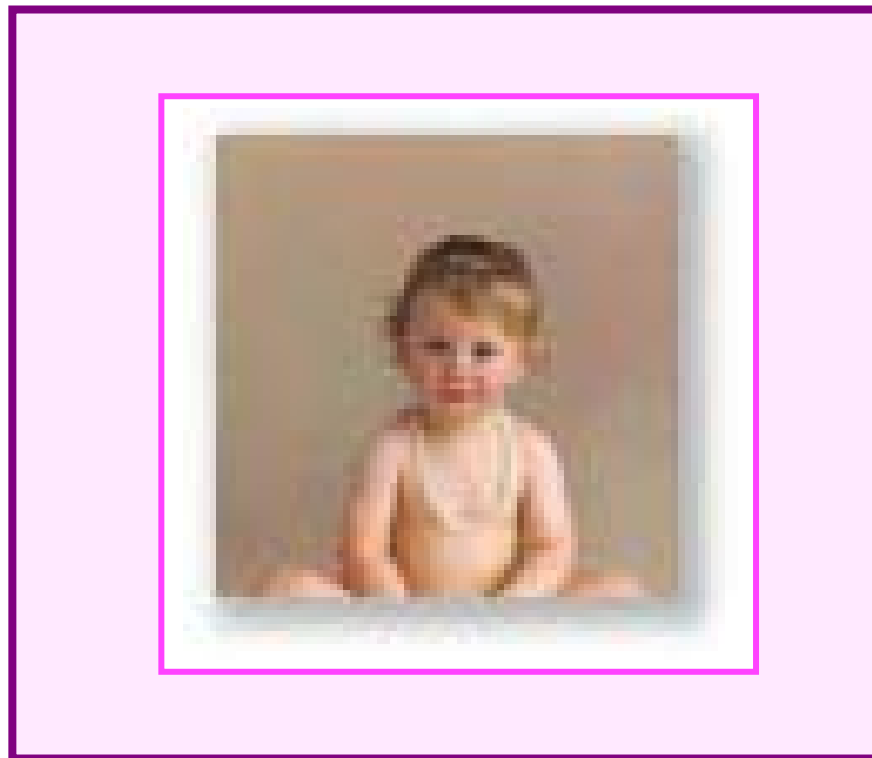
O estudo trata da transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses, atendidas em serviço de Puericultura do Recife, no período de abril a agosto de 2003. Compõem esta dissertação: um artigo de revisão e um artigo original, o qual apresenta os resultados obtidos através da pesquisa. Identificar os lactentes de cinco a oito meses que estão sendo alimentados segundo a orientação do Ministério da Saúde (M.S.), atendidos no Serviço de Puericultura; detectar os principais problemas enfrentados pelas mães ao iniciarem a dieta de transição, e identificar o tipo de orientação recebida pelas mães, durante a consulta de enfermagem, para iniciar a transição foram os objetivos propostos pelo estudo. Foram incluídas 101 mães de crianças entre cinco e oito meses, em dieta de transição, que compareceram à consulta de enfermagem com seus filhos no período acima citado. Estas mães, antes da consulta, e após exposição sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento, responderam a um questionário elaborado e aplicado pela pesquisadora, sendo a seguir encaminhadas, com suas crianças, à consulta de enfermagem. Foi detectado que 79% das crianças não estavam sendo alimentadas segundo as recomendações do Ministério da Saúde e os principais motivos apontados pelas mães para esta não adequação foram: a rejeição da criança ao alimento oferecido; as orientações da avó, e a comodidade no preparo do mingau em relação à alimentação salgada. Observou-se também que o enfermeiro foi o principal orientador para a alimentação de transição, seguido da avó.

Palavras –chave: alimentação de transição, puericultura, lactente, mães.

Main problems encountered by mothers with children from the ages 5 to 8 months during alimentary transition treated at a children's service in the city of Recife.**Abstract**

The study examined the alimentary transition of children between the ages of five and eight months treated at a children's service in the city of Recife, during the period between April and August of 2003. This dissertation is made up of an article review and an original article, which presents the results obtained through the research. The objectives of the present study were to identify children between 5 and 8 months of age that are being weaned and fed in accordance to the guidelines of the Health Ministry and treated in the children's service; detect the main problems mothers encounter upon initiating a transition diet; and identify the type of orientation mothers received during the nursing consultation to accomplish the transition. A number of 101 mothers of children between 5 and 8 months on a transition diet, having gone for a nursing consultation with their children in the time period cited above, were included in the study. Before the consultation and after being exposed to the objectives of the study and signing the consent form, these mothers answered a questionnaire that the researcher had elaborated and then applied. Afterward, the mothers were sent with their children to the scheduled consultation. It was detected that 79% of the children in the sample were not being fed in accordance with the recommendations of the Health Ministry, and that the principle reasons of the mothers for not complying were the following: child rejecting the food offered; orientations from the child's grandmother; and the convenience of preparing a porridge in comparison to the recommended diet. It was also observed that the nurse was the principal advisor for the transition diet, followed by the child's grandmother.

Key words: transition diet, children's service, weaning children, mothers.



1-INTRODUÇÃO

1 – Introdução

A realização do estudo representa, de certa forma, uma resposta a questionamentos profissionais da autora, no exercício da consulta de enfermagem, ao verificar a freqüente ocorrência de não adequação das mães às orientações do M.S. com relação à transição alimentar de seus filhos. Isto fez surgir a pergunta: Por que as mães, sendo orientadas em um Serviço de referência, não seguem as orientações recebidas neste Serviço.

Imaginou-se também que enfermeiros que realizam Puericultura em outros Serviços, poderiam ter os mesmos questionamentos. Haja vista, o advento dos Programas de Saúde da Família, distribuídos em todas as cidades do país, com efetiva participação do enfermeiro nas equipes multidisciplinares, também motivou a autora tentar esclarecer estes questionamentos, através deste estudo.

O processo alimentar infantil é mediado por diversos fatores que podem interferir positiva ou negativamente. Estes fatores constituem o objeto do presente estudo, sob a forma de revisão bibliográfica, incluindo também um modelo que busca explicar sua participação na alimentação da criança. A revisão é ancorada em estudos recentes e procura contemplar, de forma geral, todos os elementos que estão envolvidos no processo alimentar da criança.

O estudo foi subdividido em dois artigos; sendo o primeiro, uma revisão bibliográfica atualizada sobre os fatores que interferem na transição alimentar da criança, e o segundo, um artigo original contendo os resultados da pesquisa. Teve como objetivo identificar os lactentes de 5 a 8 meses que estavam sendo alimentados segundo as orientações do M.S.; detectar os problemas enfrentados pelas mães no processo de introdução alimentar das crianças, e identificar o tipo de orientação recebida pelas mães para a introdução da dieta de transição.

Assim, o estudo está concentrado numa busca e tentativa de entendimento dos motivos pelos quais estas mães não conseguiam seguir as orientações recebidas no Serviço, local do estudo, quanto à alimentação de transição das crianças.

A mãe constituiu o foco do estudo, pela magnitude de seu papel nos cuidados com o filho e as conseqüências desta atenção sobre a saúde da criança. Procurou-se conhecer também os fatores que exercem influência nas ações e decisões das mães em relação à alimentação de seus filhos: algumas características da família, condições socioeconômicas e culturais.

Como padrão para a classificação das crianças quanto à adequação alimentar utilizou-se as normas mais recentes do M.S., considerando o tipo de aleitamento que recebiam no momento da pesquisa

Os subsídios coletados poderão constituir para um maior conhecimento do tema e serem utilizados nas práticas inerentes ao exercício da consulta de enfermagem.



2-ARTIGO 1

Fatores que interferem na alimentação de transição do lactente¹.

Resumo

O presente artigo teve como objetivo abordar, a partir de publicações científicas recentes, a alimentação do lactente e os fatores que participam deste processo. As informações foram obtidas através do Medline, BDNF, Lilacs e publicações encontradas em bibliotecas não virtuais. Diante dos achados, frutos desta busca literária, concluiu-se que: O padrão alimentar é fator de grande importância para a manutenção da saúde da criança. O comportamento alimentar é delineado por um conjunto de fatores que podem interferir de forma positiva ou negativa neste processo. Estes fatores advêm do próprio contexto familiar ao qual a criança pertence e que a transição alimentar da criança, quase sempre, constitui uma fase de ansiedade e expectativas para a mãe, principal cuidador, sendo comum que ela aceite conselhos de pessoas do meio em que vive, interferindo no seu cuidado com a criança. Assim como, Um padrão alimentar inadequado interfere de forma negativa sobre a saúde da criança, com possíveis repercussões na vida adulta. Daí a importância do estudo.

Palavras chave: Lactente, alimentação de transição.

¹ Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. As referências bibliográficas obedeceram ao chamado “estilo Vancouver”

Factors that interfere in the transition diet of breastfed children².

Abstract

The present article made use of recent scientific publications to address the eating habits of breastfed children in a transition diet and the factors that participate in this process. Information was obtained from Medline, BDNF and Lilacs, as well as publications found in non-virtual libraries. From the findings of this literary search, it was concluded that eating patterns constitute a greatly important factor in maintaining the health of children. Eating behavior is influenced by a set of factors that can either positively or negatively interfere in this process. Such factors stem from the family context to which a child belongs. A child's transition diet nearly always constitutes a phase of anxiety and expectations for the mother, the main caregiver. She commonly accepts advice from people living around her, which interferes with the care she gives to her child. The importance of this study lies in the fact that inadequate eating patterns interfere negatively in the health of the child and possibly have possible repercussions in adult life.

Key words: Breastfed children, transition diet.

² Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. As referências bibliográficas obedeceram ao chamado “estilo Vancouver”

2.1 Introdução

O período de transição alimentar do lactente é de grande importância na introdução e fixação de hábitos alimentares saudáveis, que perdurarão na vida adulta. O presente artigo, sob a forma de revisão, objetiva explicar de que forma os fatores, apresentados em um modelo causal, integram-se e participam da dieta de transição da criança.

As ferramentas utilizadas foram constituídas por publicações científicas recentes, sendo os principais descritores de saúde: alimentação do lactente, alimentação de transição, consulta de enfermagem, amamentação e aleitamento materno, complementary feeding, breastfeeding, acessados no período entre maio e novembro de 2003.

A revisão foi direcionada à abordagem da influência negativa ou positiva de fatores como contexto familiar, condições socioeconômicas e culturais da família e nível de escolaridade materna sobre o hábito alimentar da criança.

Um outro aspecto discutido refere-se à relevância das orientações recebidas pelas mães, durante o processo, e até que ponto esta orientação pode repercutir no cuidado com a criança. Fazendo-se necessária uma abordagem sobre a importância da comunicação entre enfermeiro e cliente/família como também as questões relativas a educação em saúde.

Vale ressaltar que os alimentos não são apenas nutrientes, sabores e odores, mas também representações psicológicas criadas a partir do relacionamento da criança com o que lhe é oferecido para comer. As experiências são conduzidas desde o nascimento, a partir da amamentação e perdurando até a idade adulta, tendo como consequência ações e reações frente aos alimentos, influenciadas pela forma como são oferecidos.

2.2 Histórico

Os hábitos alimentares guardam uma relação direta com os costumes, as crenças e o nível de conhecimentos de cada sociedade.

No Brasil colonial era marcante a influência negra e indígena na alimentação. Querino¹ comenta o espanto de Ernest Ebel, viajante austríaco de passagem pelo Brasil, em 1824, com algumas práticas largamente utilizadas, como a forma com que as crianças brancas eram alimentadas por suas escravas, que lhes ofereciam o alimento, mingau de tapioca, utilizando os próprios dedos. Este procedimento, além do total desconhecimento dos princípios básicos de higiene, demonstra a preocupação das mães com a saúde e a alimentação de seus filhos recém-nascidos, para evitar a ocorrência de óbitos nos primeiros meses de vida

Naquela época, era largamente adotado o hábito indígena de prolongar o mais possível o aleitamento. Além do leite, era comum oferecer às crianças alimentos engrossados com farinha. A passagem da alimentação mista para a semi-sólida operava-se de maneira gradual, de acordo com os costumes africanos, sendo comum, até os três anos, as crianças comerem pirão de leite ou farinha seca com açúcar, de manhã; leite com jerimum ou escaldado de carne, no almoço².

A preferência pela superalimentação explica a utilização de papas, prática adotada até mesmo pela medicina tradicional da época, contrariando a medicina ibérica, que associava a ingestão de alimentos grosseiros ao desenvolvimento de crianças pouco inteligentes, e considerava a fineza de espírito como decorrência da ingestão de leite e alimentos delicados.³

Vale ressaltar, também neste período, a larga utilização da técnica de pré-digestão de alimentos, ou seja, embeber os alimentos na saliva de adultos, antes de oferecê-los às crianças. Mais do que falta de

higiene, esta prática evidenciava a preocupação com a preservação da saúde.²

Os organismos jovens, ainda não preparados para processar alimentos grosseiros e viscosos, eram freqüentemente acometidos de gastroenterite, responsável pelas elevadas taxas de óbito no primeiro ano de vida. As crianças eram as principais vítimas das epidemias, suas vidas estavam ligadas intimamente à evolução do sistema econômico e tensões sociais da época. As diferenças sociais tornavam mais evidentes as distinções entre ricos e pobres, sendo estes últimos mais vulneráveis às doenças.¹

Ainda no período colonial era costume alimentar o bebê com papa de farinha de mandioca, leite de gado e açúcar, papa de goma, banana machucada e fubá de milho. A preocupação materna consistia em “arredondar a criança”. Com os dentinhos já visíveis, a criança passava a ingerir os alimentos constantes do cardápio familiar, como pirões escaldados, peixes cozidos, carnes desfiadas. Não havia diferença entre a alimentação infantil e adulta: desde que começava a mastigar a criança comia de tudo participando das refeições comuns.⁴

A criança sertaneja recebia beijus mais finos para facilitar a digestão; as maiores acompanhavam as mães, alimentando-se de frutas cultivadas em colônias da cidade e vendidas em tabuleiros. As crianças de mais idade colhiam moluscos e crustáceos em alagados e manguesais à beira do mar e dos rios, aproveitando para banhar-se⁴.

É evidente, assim, que o costume de oferecer às crianças alimentos ricos em amido, com o objetivo de engordá-las, tem raízes históricas e atingiu indistintamente camadas sociais menos favorecidas e mais abastadas.

2.3 Aleitamento materno

É fato comprovado cientificamente que o leite humano é o alimento mais adequado para o lactente.⁵ Representa a forma mais natural de nutrição do ser humano, durante os primeiros meses de vida. Não existe dúvida quanto à excelência do leite materno como alimento para os lactentes, tornando-se cada vez mais evidentes suas propriedades e adequação às necessidades nutricionais e particularidades fisiológicas do metabolismo da criança.⁶

O aleitamento materno é a principal fonte de nutrição nos primeiros seis meses de vida da criança, fundamental, por ser o leite um alimento completo, com fatores de proteção contra infecções, isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo infantil, importante também para estreitar as relações afetivas entre mãe e filho, durante o ato de amamentar.⁷

Entretanto, apesar da prática do aleitamento materno ser o hábito mais antigo da humanidade, Albuquerque, apud Arantes⁸, refere que a História demonstra, desde os seus primórdios humanidade, que a mulher tem procurado um substituto satisfatório para seu próprio leite .

Por este motivo, na Europa, nos séculos XVI, XVII, XVIII e parte do século XIX, era comum a presença das amas-de-leite, que amamentavam o filho de outra mulher, mediante um contrato de trabalho. No Brasil, também foi utilizada esta prática, oriunda de Portugal, implantando o costume das mães ricas não amamentarem os filhos, confiando-os ao peito de escravas.⁹

Com o decorrer da História surgem as mamadeiras e a utilização de fórmulas lácteas. No século XX, por volta dos anos 70 ocorreu nos países industrializados, um declínio progressivo da amamentação, decorrente da intensiva propaganda das indústrias alimentícias enfatizando

o uso de fórmulas artificiais. Os países em desenvolvimento seguiram esta tendência, inclusive o Brasil.¹⁰

Todavia, mesmo considerando que o leite materno constitui, inegavelmente, o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis nos primeiros meses de vida, faz-se importante ressaltar que compete à mãe a decisão de amamentar, diretamente relacionada à sua história de vida e ao significado que atribui a este ato. Esta opção pessoal pode ser influenciada pelas características emocionais, sociais, culturais e econômicas da mãe.¹¹

Em conseqüência destes fatores os alimentos complementares são introduzidos precocemente na dieta da criança, adotando-se o aleitamento misto e até mesmo o desmame precoce.¹²

É importante que o início da dieta de transição não seja interpretado como um favorecimento ao desmame e, sim, como uma complementação de nutrientes, necessária, desde que feita no momento adequado.⁶

2.4 Transição alimentar

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomendam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Todos os esforços devem ser direcionados no sentido de atender a esta recomendação, lembrando também que, a partir dos seis meses, deve-se iniciar a transição alimentar e todos os lactentes deverão receber alimentos complementares.^{6,13}

Embora se saiba que, em condições normais, o leite materno exclusivo é capaz de suprir as necessidades nutricionais da criança, até o sexto mês, e que as vantagens da amamentação superam qualquer risco potencial, a OMS⁷ recomenda que os alimentos complementares sejam oferecidos a partir do sexto mês. Esta recomendação é baseada nas variações da velocidade de crescimento das crianças, nas diferentes regiões do mundo. Tem sido também reconhecido que, do ponto de vista individual, e com o trabalho materno, torna-se difícil manter a amamentação exclusiva.¹²

Para a criança crescer saudável deve receber alimentos adequados no momento oportuno. Inicialmente os alimentos devem ser macios, amassados, mas não diluídos. Sopas e comidas ralas não fornecem calorias suficientes para suprir as necessidades energéticas das crianças pequenas.⁷

Nesta fase, os alimentos chamados de “transição” devem ser preparados especialmente para as crianças. A partir dos oito meses, ela já pode receber os mesmos alimentos consumidos pela família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos.⁶

A introdução de novos alimentos deve ser gradual, sob a forma de papa, oferecidos em colher, não em mamadeiras. Atualmente, tem-se desaconselhado o uso de mamadeira para a oferta de qualquer alimento, por constituir uma fonte de infecção e reduzir o tempo de sucção das mamadas, interferindo com a amamentação sob livre demanda, e ainda pela possibilidade de alterar a dinâmica oral.⁷

A introdução de alimentos complementares não deve ser recomendada antes dos quatro meses de idade, visto que os malefícios desta prática poderão ultrapassar qualquer benefício em potencial.⁶

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI)¹⁴ é uma proposta de atenção integrada à criança que, pioneiramente, incluiu e padronizou a orientação nutricional a ser dada às mães. Esta estratégia recomenda que, para a criança de seis a doze meses, a amamentação deve ser freqüente, todas as vezes que ela quiser; que sejam oferecidas quantidades satisfatórias de refeições adequadas: espessas, feitas de cereal com leite, açúcar e margarina; como também arroz, macarrão ou cuscuz com feijão, carne, peixe e ovos, jerimum, cenoura e folhas verdes escuras, entre outros alimentos.

Uma vez que um número razoável de alimentos tenha sido oferecido à criança, deve-se procurar variar ao máximo a dieta, garantindo assim que ela receba todos os nutrientes de que necessita, o que irá contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis, além de evitar a monotonia alimentar, principal responsável pela inapetência na infância.⁷

A introdução tardia da alimentação complementar pode ser prejudicial, podendo acarretar retardo do crescimento, queda da resistência imunológica, aumento do risco de diarreia e desnutrição, devido à incapacidade do aleitamento exclusivo suprir as necessidades nutricionais da criança a partir de determinada idade e ainda considerando que a reserva hepática de ferro se esgota por volta do sexto mês e o leite materno é relativamente pobre neste nutriente; embora o ferro seja de excelente biodisponibilidade, a criança pode tornar-se anêmica.^{15,16,17}

Sendo assim, uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que o complementem.⁵

A partir do sexto mês o aleitamento materno deve continuar a ser praticado, oferecendo-se outros alimentos, gradativamente, até atingir três vezes ao dia. Os alimentos devem ser constituídos de uma papa de frutas e duas refeições salgadas, preparadas com legumes, cereais,

tubérculos, leguminosas, carnes ou vísceras e óleo vegetal; se não estiver mamando, a criança deverá receber cinco refeições ao dia: purê, papa salgada(duas vezes), além de mingau de cereal, farinha ou amido.¹⁴

No início, as frutas e os legumes devem ser amassados, na quantidade aproximada de duas colheres de sopa, aumentando-se gradativamente. Começar com um só tipo de fruta, cereal ou legumes e, a cada dois a três dias, ir substituindo por outro, para que a criança conheça novos sabores e texturas nos alimentos. Em caso de recusa da criança a um determinado alimento, este deverá ser oferecido normalmente em outras refeições.⁶

É oportuno lembrar que, a partir dos quatro meses, quando a criança está em aleitamento misto ou quando não mama mais no peito ou ainda quando a mãe retorna ao trabalho e não há condições de continuar o aleitamento materno exclusivo, deve ser iniciada a alimentação complementar, substituindo a refeição láctea pura pelos alimentos de transição de forma gradativa.¹⁴ Não se deve oferecer, como refeição, alimentos líquidos de baixa densidade energética, do tipo sopas líquidas e sucos.⁶

A introdução de alimentos complementares à dieta da criança é um momento de potencial ansiedade para a mãe, a partir do qual ela não será mais a “única fonte de alimentos”, através do seu leite, para o seu filho. Gerando, com isto, um certo sentimento de perda, talvez inconscientemente, pelo fato de a mãe saber que seu filho não mais dependerá exclusivamente dela para alimentar-se.¹⁸

2.5 Fatores que interferem na transição alimentar

Muitos fatores estão envolvidos no processo de transição alimentar da criança.

De início, deve-se considerar que o padrão alimentar da criança envolve participação efetiva dos pais como educadores nutricionais, através das interações familiares, quase sempre determinantes do comportamento alimentar da criança.¹⁹

Este é direcionado, primariamente, pela família, da qual é dependente e, secundariamente, por outras interações psicossociais e culturais da criança.²⁰ Gradativamente, a criança recebe a alimentação dos pais que têm a responsabilidade de oferecer um cardápio variado para que ela conheça os diversos sabores, desenvolvendo e exercitando seu paladar.⁶

Pode-se afirmar que a família é responsável pela cultura alimentar, as escolhas alimentares, a quantidade e a qualidade dos alimentos, o tempo e o intervalo para comer, enfim, ela é responsável pelo estabelecimento de regras e normas no processo de alimentação da criança.²⁰

O contexto social é de grande importância na alimentação, uma vez que afeta a experiência alimentar, influencia os padrões de alimentação, o desenvolvimento sócio-emocional da criança e a qualidade da relação pais-filhos. O principal foco de interação entre pais e filhos, durante os primeiros anos de vida da criança é, em geral, a alimentação, iniciando-se com a amamentação.¹⁹

Por este motivo, a família é responsável pela transmissão da cultura alimentar. Na sua socialização a criança aprende sobre a sensação

de fome e saciedade e desenvolve a percepção para os sabores e as suas preferências, iniciando a formação do seu comportamento alimentar.²¹

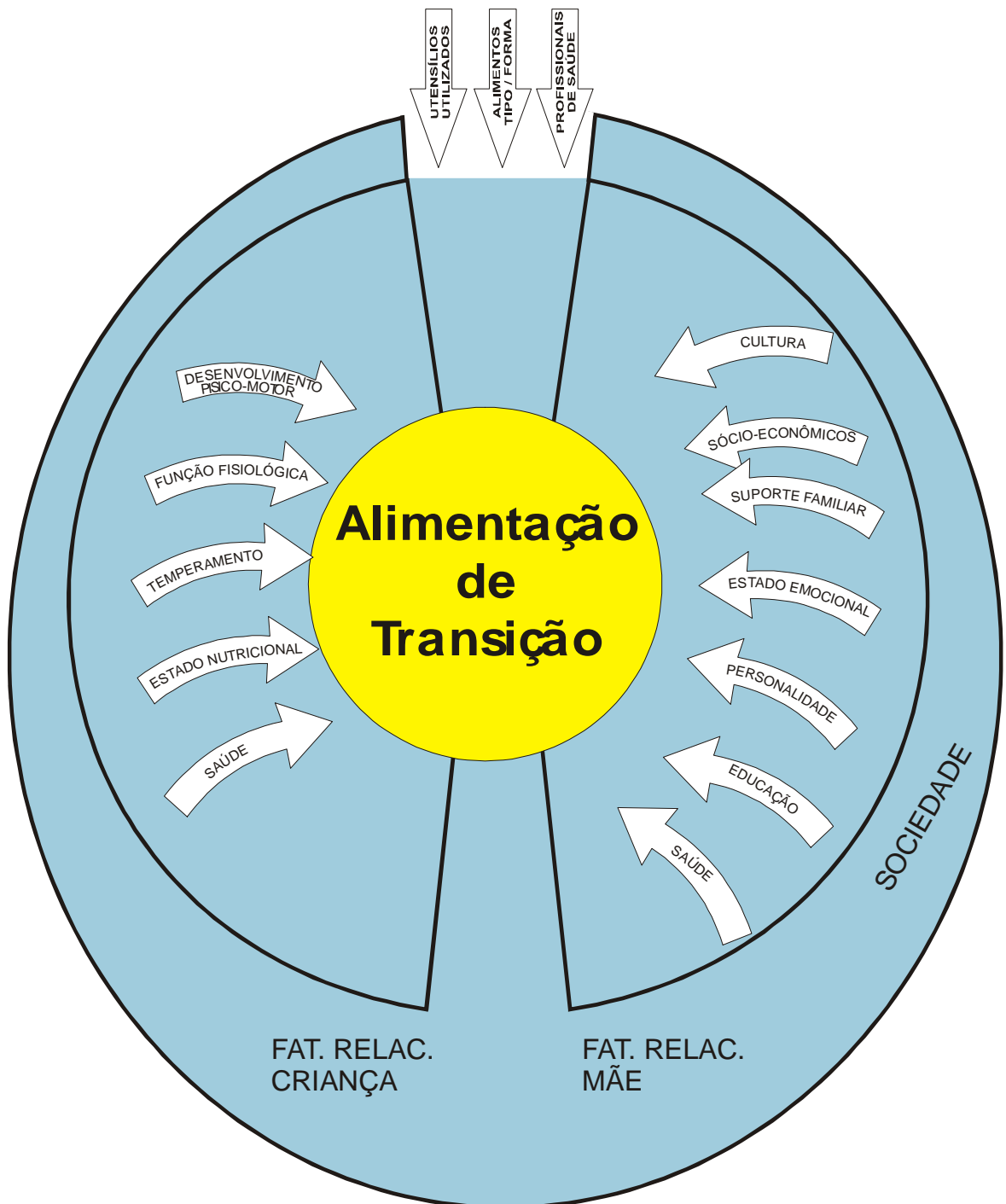
O padrão alimentar da criança é diretamente influenciado pelas condições socioeconômicas, com ênfase na distribuição dos alimentos na família (quem come primeiro, se em prato separado), bem como no poder de decisão do mantenedor da família sobre sua alimentação.¹⁵

É preciso considerar também as percepções e crenças que exercem influência sobre a família, pois o consumo alimentar de determinados grupos está vinculado aos diversos valores e sentimentos que se relacionam com aspectos da vida cultural, transpondo o ato biológico de comer e preenchendo funções simbólicas na vida dos indivíduos. Em consequência disto geram-se diversas restrições e exclusões alimentares antigas e descritas desde o início da história da alimentação.²²

Como exemplo, podem ser citados alguns tabus comuns na Região Nordeste, por parte das mães, em relação ao feijão (“é pesado”), pinha (“é reimosa”), manga (“se oferecida com leite mata”), batata doce, jerimum e folhas verdes de consumo usual (“fraco/comida de coelho”), banana no horário da tarde (“é pesada”), dentre outros.¹⁵

Para uma orientação alimentar segura durante a transição é necessário conhecer e saber lidar com as percepções e crenças da família acerca da saúde e da nutrição da criança, visto que, em algumas regiões do Brasil, convive-se com uma gama de crenças alimentares que se refletem em tabus e limitam, ou até impedem o consumo de alimentos adequados à nutrição da criança. Isto é um importante aspecto a ser considerado na orientação nutricional e, sempre que possível, estas percepções e crenças devem ser contornadas e não combatidas.²⁰

A figura 1 apresenta um modelo causal adaptado que aponta os possíveis fatores envolvidos na transição alimentar das crianças.



Fonte: adaptado do modelo Stevenson e Allaine, 1991

Figura 1 – Modelo Causal

2.5.1 Tipos de alimentos, preparo e utensílios utilizados para a oferta

Em um encontro de profissionais de saúde do Nordeste²⁰ foi verificado que, nesta região, de uma forma geral, o padrão alimentar complementar é inadequado. Isto acontece porque os alimentos administrados às crianças são de baixo teor energético, devido a diluição inadequada (leite de vaca em pó e *in natura*) e ao uso de preparações predominantemente líquidas e diluídas (caldos de arroz, feijão, vegetais ou legumes). A utilização de frutas e vegetais é limitada. As dietas têm pouca variabilidade, são pobres em vitaminas e sais minerais, não refletindo as opções locais de variação alimentar.

Birch²⁴ ressaltou que a dieta monótona acarreta deficiência de nutrientes específicos, contribuindo também para a anorexia crônica. Estas dietas, muitas vezes, são oferecidas sob forma líquida e comumente em mamadeiras. Sabe-se que, mesmo às crianças amamentadas, são administradas mamadeiras com chás, sucos e água.²⁰

Esta prática constitui importante fonte de contaminação dos alimentos dos bebês, sabendo-se que as mamadeiras são difíceis de higienizar, conforme afirmam as próprias mães. Isto reflete a deficiência nas práticas de higiene, que pode ocorrer durante o manuseio, preparo, administração e armazenamento dos alimentos oferecidos às crianças. A higiene inadequada durante este processo repercute negativamente na mortalidade infantil por doenças diarréicas.⁶

O papel dos alimentos complementares como uma das principais vias de transmissão de doenças diarréicas em crianças pequenas foi comprovado em estudo realizado no Peru, no qual foi demonstrado bacteriologicamente a contaminação dos alimentos.²⁵

Outro estudo, realizado em Fortaleza ,evidenciou a influência negativa de práticas inadequadas de higiene por mães de crianças de menos de um ano, no que concerne à lavagem das mãos antes do preparo dos alimentos, higiene dos utensílios, bem como estocagem dos alimentos preparados.²⁶

2.5.2 Fatores relacionados à mãe

Os cuidados da mãe com seu filho, bem como o nível de seus conhecimentos acerca do processo de crescimento e desenvolvimento constituem fatores de relevante influência sobre a saúde da criança. Do mesmo modo, as dificuldades e deficiências dos serviços de saúde e a não observância das orientações maternas na alimentação infantil podem ter sérias conseqüências sobre a saúde da criança.²⁷

Entende-se, pois, que o cuidado da mãe referente à alimentação da criança pode ser multideterminado, por fatores relacionados à formação dos profissionais responsáveis pelo atendimento da criança, ao efeito da mídia e à própria realidade social vivida pelas famílias. Sendo assim, como fatores que influenciam as práticas maternas de alimentação complementar podem ser citados: o conhecimento das mães sobre alimentação infantil; as condições de saúde do bebê e da mãe; valores culturais, crenças, tabus; estilo de vida da mãe ou de quem cuida da criança; recursos disponíveis para o preparo dos alimentos complementares em condições adequadas, inclusive de higiene; ajuda para a mãe cuidar da criança e dos afazeres domésticos; poder aquisitivo das famílias; recomendações familiares, dos amigos e profissionais de saúde.¹⁵

Há ainda um aspecto de vital importância, associado a todos estes fatores, que pode dificultar a prática materna durante a transição alimentar: os bebês que não querem comer outros alimentos, por preferirem

o leite materno. Alguns bebês procuram constantemente o peito, mais por querer a presença, o colo e o carinho da mãe do que por estar com fome. As mamadas frequentes, nestas circunstâncias, inibem a fome e fazem com que o bebê não aceite os alimentos complementares oferecidos.²⁷

É imprescindível reafirmar a importância da mãe sobre a saúde da criança, diretamente ligada à idade materna, grau de escolaridade e acesso às informações em saúde. Estas variáveis decorre um menor ou maior risco da criança adoecer.²⁸

Lande et al.²⁹, em estudo sobre práticas alimentares para crianças nos primeiros meses de vida, afirmam que as chances de introdução oportuna de alimentos sólidos crescem com o aumento da idade materna e seu nível de educação; Vaaltera et al.³⁰ desenvolveram um estudo sobre aleitamento materno e prática de alimentação complementar, observando que a adesão às recomendações sobre alimentação da criança está associada ao nível de educação materna. Giugliani et al.³¹ demonstraram que a escolaridade materna interfere significativamente no conhecimento sobre amamentação, em estudo que propõe uma estratégia simples para aumentar os conhecimentos das mães em aleitamento, objetivando melhorar as taxas de amamentação.

Entretanto, deve-se considerar a cobrança da sociedade sobre mãe, ao exercer o seu papel. Na verdade, os valores sociais sobre a maternidade são contraditórios: por um lado, a maternidade é dignificada e valorizada; por outro, a sociedade oferece pouco suporte às mulheres no seu desempenho do papel de mãe.¹²

A partir disto, pode-se compreender que o exercício da maternidade, em especial, no que tange à amamentação, muitas vezes se revela como um fardo para as mães, em consequência dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe.¹⁰

No contexto atual, a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês vai de encontro ao papel social e econômico da mãe na família, exercendo atividade remunerada fora de casa. Esta prática muitas vezes torna-se difícil de cumprir, ainda que a Constituição de 1998³² garanta à mulher um período de licença-maternidade de quatro meses. Face a esta dificuldade, a maioria das mulheres passa por um conflito, para decidir entre amamentar ou trabalhar, a fim de garantir a sobrevivência da família. Agravando ainda mais este quadro, grande parte das mulheres brasileiras exercem ocupações que exigem pouca qualificação, como empregadas domésticas e faxineiras, muitas sem nenhum vínculo empregatício que lhes garanta a licença maternidade. Isto reflete as precariedades de vida impostas pelo capitalismo, interferindo no cuidado da mãe com a alimentação da criança, principalmente no que se refere à exigência de que a mulher trabalhe fora de casa para contribuir ou até mesmo assumir o sustento da família.³³

Além do retorno ao trabalho, outras razões que obrigam as mães a introduzir alimentos complementares precocemente são a falta de informação e de apoio dos profissionais de saúde, como também suas próprias crenças: seu leite é fraco, é pouco, deixa o bebê chorando com fome, o bebê não quis mamar, não quis pegar ou largou o peito. Outras referem que se sentem fracas para amamentar, têm tremor de fome durante a amamentação; têm problemas no seio ou o leite secou.²¹

Salienta-se também a primiparidade como fator que interfere no cuidado materno. Nesta situação, os sentimentos de insegurança e medo contribuem para que a mulher se sinta compelida a aceitar a intervenção de familiares e a tomar decisões baseadas nas opiniões e interferências externas, que podem ser negativas ou positivas.³³

Estudo realizado por Bryant³⁴, sobre o desenvolvimento da alimentação de crianças de seis a doze meses, demonstra que a avó é uma das principais fontes de informação para a mãe. Primo e Caetano³⁵ revelam

que as mulheres consideram a presença da mãe muito valiosa, por tratar-se de uma pessoa muito querida, mais experiente e de confiança; por isso, elas seguem seus conselhos.

É assim evidente que o conhecimento materno sobre a alimentação de transição adequada é essencial para a manutenção da saúde da criança, pois os cuidados a ela dispensados estão relacionados com o nível de informação da mãe, oriundo de orientações recebidas e influenciado por crenças e valores da própria mãe, da família e do grupo social no qual está inserida.¹⁵

2.5.3 Fatores relacionados à criança

Dentre os fatores relacionados à criança, um dos mais comuns é a rejeição dos alimentos que não lhe são familiares. Este tipo de comportamento já se manifesta bem cedo, em crianças de quatro a seis meses. Contudo, com a repetição do oferecimento estes alimentos passam a ser aceitos, podendo então ser incorporados à dieta da criança.³⁶

A familiaridade com os alimentos é o primeiro passo para a criança conhecer seu gosto e, conseqüentemente, aceitá-los. Embora as qualidades sensoriais do leite materno permitam à criança o primeiro contato com sabores e odores variados, possibilitando o aumento da aceitação de novos alimentos durante a transição alimentar, é a aprendizagem, pela exposição repetida aos alimentos que proporciona a familiaridade necessária para a criança estabelecer um padrão de aceitação alimentar.⁶

Ocorre também que, até os quatro meses de idade, o lactente ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário para receber alimentos sólidos; somente por volta do quarto ao sexto mês seu desenvolvimento fisiológico permite a aceitação e tolerância da alimentação

semi-sólida, pois é nesta época que desaparece o reflexo de protusão, como também ocorre a maturação da função gastrointestinal e renal e do desenvolvimento neuromuscular.³⁷

Em torno do sexto mês iniciam-se os movimentos de mastigação, mesmo na ausência dos dentes, e observa-se um refinamento na função da língua e dos lábios, capazes de remover eficientemente o alimento oferecido com a colher³⁸. Porém, nas primeiras vezes em que um alimento é oferecido, a criança tende a sugá-lo, como fazia com o mamilo ou o bico da mamadeira. Gradativamente, esta habilidade será melhorada.³⁸

Por outro lado, o estado de saúde da criança também poderá interferir na aceitação do alimento, ela poderá apresentar falta de apetite, ingerir menos alimentos e gastar energia em consequência de febre e do aumento da produção de anticorpos e alguns hormônios e, ainda, que durante um episódio de diarreia, reduzir de 10 a 30% a ingestão de alimentos. Apesar da necessidade de líquidos e nutrientes serem maiores nesta fase, a ingestão é reduzida pela anorexia e/ou pelo não oferecimento, devido à falta de informação das mães, às vezes até por orientações equivocadas por parte de profissionais de saúde para suspensão da alimentação.⁶

Não devem também ser esquecidos os tabus alimentares peculiares a esta fase, em que as mães tendem a oferecer alimentos como chás, água de côco e sopas ralas, não desenvolvendo na criança o hábito de ingerir alimentos consistentes e de valor calórico.²²

2.5.4 A transição alimentar e a consulta de enfermagem em Puericultura

Muitos profissionais de saúde, em função de seu treinamento universitário para curar, salvar, orientar, ensinar, não têm por hábito ouvir as mães. Para orientar, é necessário primeiro ouvir, para aprender com as mães sobre suas crenças, percepções, realidade de vida, expectativas sobre o bebê, aflições, o que ela faz, o que pode e não pode fazer.³³

Acredita-se que os profissionais de saúde estão imersos em valores culturais específicos de cada profissão e de cada indivíduo como cidadão; mesmo que involuntariamente, esses valores podem ser repassados, nas consultas, às crianças, com provável influência nas decisões maternas.³⁹

Para uma mãe que recebe uma recomendação, praticá-la constitui algo novo ou, na melhor das hipóteses, significa aperfeiçoar algo que já fazia antes. No caso da alimentação complementar, freqüentemente significa tomar uma série de decisões e redefinir prioridades. Por isso, é importante não repassar informações demais, pois a mãe pode ficar confusa ou desanimada diante de uma tarefa que lhe parece complicada e não seguir nenhuma das recomendações.¹⁵

Nesse contexto, além dos fatores socioeconômicos e culturais da família, a assistência à saúde da criança, representada pela abordagem dos profissionais e por sua organização e infra-estrutura, podem exercer uma influência preponderante sobre o agir materno, sendo necessária uma maior compreensão a respeito dessa assistência.²⁷

Os padrões e valores culturais, a estrutura e o funcionamento da família e as experiências pregressas com os cuidados de saúde influenciam os sentimentos e atitudes desta família em relação à saúde de seus filhos e aos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde. Com

freqüência, é difícil para os enfermeiros e demais profissionais de saúde manter a objetividade e não empreender julgamentos no trabalho com famílias cujos comportamentos e atitudes diferem ou conflitam com os seus próprios.⁴⁰

Nesse sentido, considerando quão grande e complexa é a tarefa de atender a criança de forma abrangente, torna-se necessária a interação de todos os profissionais de saúde que prestam esta assistência, possibilitando utilizar vários “saberes” para compreender a realidade da criança e oferecer soluções para questões mais complexas. Esta interdisciplinaridade possibilita a interação de metodologias, de material analítico, de modelos e conceitos complementares, buscando uma consistência teórica e operacional que estruture o trabalho dos profissionais, para a atenção à saúde da criança.³⁹

A enfermagem, dentre as demais categorias de profissionais de saúde, no desempenho de sua função educadora tem como objetivo promover, manter e restaurar a saúde, bem como ensinar a desenvolver novas habilidades e atitudes, através da consulta de enfermagem.^{41,42}

A consulta de enfermagem está contemplada, como atividade privativa do enfermeiro, na Lei do Exercício Profissional, nº 7498/86, e vem sendo efetivada, na prática, por profissionais que nela acreditam. Tem sua origem na pós-consulta realizada pelo enfermeiro em programas de saúde governamentais, e sua implantação ocorreu ao longo do desenvolvimento histórico da enfermagem, culminando com a resolução nº 159/92, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dita as normas e requisitos para a operacionalização da consulta de enfermagem.⁴³

Na Puericultura, a ação do enfermeiro visa acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança saudável, através de consultas periódicas.⁴⁴ Com o intuito de resolver suas dúvidas e anseios, a mãe busca o Serviço de Saúde. O enfermeiro representa o elo entre a criança-família-

comunidade e a instituição de saúde. Dependendo de como as orientações são fornecidas, a mensagem poderá não chegar à mãe.⁴⁵

Durante a consulta de enfermagem ocorre um processo de comunicação entre o enfermeiro e a mãe, fato confirmado por Silva⁴³, ao relatar que é a percepção que nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo do paciente/cliente; sendo essencial, para a enfermagem, o que este profissional percebe e sente. Para chegar a este entendimento, é necessário ouvir o outro envolvido na relação, ou seja, o cliente, que encara a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal .

Extrapolando este conceito para a consulta de Enfermagem em Puericultura, é possível afirmar que o enfermeiro, concretizando este elo com a mãe/cuidador, criará um vínculo de confiança e, assim, o cliente passará a interessar-se pelas orientações recebidas.⁴⁵

O envolvimento da mãe com o serviço de saúde e a valorização de seus conhecimentos e valores levam-na a se interessar e participar das decisões em relação à criança. Com isto, a mãe tornar-se-á mais atuante neste processo, externando suas dúvidas, dificuldades e, junto com o enfermeiro, encontrará a melhor forma de assistir seu filho.³³

Pois o orientador e educador para a saúde deverá sempre destacar e privilegiar o papel da mãe, trabalhando a questão da auto-estima materna e do vínculo mãe-filho, fatores imprescindíveis para melhorar a eficácia do serviço prestado e a satisfação adequada dos cuidados maternos.¹⁵

Para que o enfermeiro desempenhe este papel de educador durante o exercício da consulta de enfermagem ele deverá se mostrar preparado para o desafio de aplicar seus conhecimentos, não só no âmbito

técnico-científico, mas também, entender as relações interpessoais e institucionais podendo enfrentar conflitos de valores e de princípios.⁴⁶ Surge então o seguinte questionamento: as instituições voltadas à formação dos profissionais de enfermagem cumprem esta proposta ?

2.6 Repercussões da inadequação da transição alimentar sobre a saúde da criança

A saúde de uma população está intimamente relacionada com sua alimentação. A formação de hábitos alimentares saudáveis deve ser iniciada precocemente, no primeiro ano de vida.⁴⁷

As doenças crônicas não transmissíveis são um reflexo dos hábitos alimentares e do estilo de vida, e vêm crescendo, nos países em desenvolvimento, acarretando uma constante preocupação com os excessos na alimentação, muitas vezes iniciados nos primeiros anos de vida. No Brasil, observa-se um aumento freqüente da obesidade na população infantil, aparentemente um paradoxo, considerando que, até pouco tempo, desnutrição era a maior causa de preocupação.⁶

O oferecimento de uma dieta variada possibilita um melhor fornecimento de micronutrientes, como ferro, zinco, vitamina A. A deficiência de ferro, tendo como consequência a anemia, é considerada a doença mais prevalente em todo o mundo e chega a ser responsável por 95% desta patologia. Ocorre principalmente em crianças com idade inferior a 4 anos e em países em desenvolvimento.⁴⁷

Na primeira infância o problema se agrava, em decorrência de erros alimentares, principalmente no período de desmame, quando freqüentemente o leite materno é substituído por alimentos pobres em ferro, como o leite artificial. Nestes alimentos substitutos do leite materno a

biodisponibilidade de ferro é muito baixa e, como se sabe, as mães geralmente substituem uma refeição pela mamadeira.¹⁶

Em estudo realizado no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, ambulatório de pediatria, em crianças que faziam acompanhamento no Serviço de Puericultura, na faixa etária de seis a vinte e três meses, Leal⁴⁸ encontrou 89,1% de prevalência de anemia.

Outro problema comum durante a transição alimentar diz respeito ao ganho ponderal insuficiente da criança. A avaliação ponderal pode ser feita através das curvas de crescimento contidas nos gráficos propostos pelo National Center of Health Statistics (NCHS)⁴⁹. Estudo realizado no serviço de puericultura de um hospital escola do Recife⁵⁰ observou que 43,2% das crianças de 4 a 8 meses apresentaram problemas de crescimento em relação ao peso, sendo o início da transição alimentar, a dificuldade de aceitação dos alimentos e erros na introdução da alimentação complementar os fatores mais apontados como causadores do problema.

Portanto, é evidente que práticas alimentares simples e factíveis, em especial para crianças pequenas, podem minimizar os efeitos da iniquidade social que atinge o país. A divulgação e implantação de práticas alimentares adequadas, embasadas cientificamente, podem reduzir os problemas alimentares da população, sobretudo nos seguimentos sociais mais carentes.⁶

2.7 Considerações finais

Por todos os aspectos observados, a alimentação da criança, sobretudo durante a introdução de novos alimentos, está permeada por diversos fatores que se interligam, determinando o hábito alimentar.

Conduzir adequadamente a alimentação de uma criança não é só nutri-la, é também conscientizar os pais acerca do valor da alimentação de seu filho, um sentimento de troca e prazer que repercutirá em sua saúde e estilo de vida, até a fase adulta.

A orientação recebida pela família e o relacionamento desta com o profissional de enfermagem que orienta a transição alimentar da criança, e fator de grande relevância durante este processo.

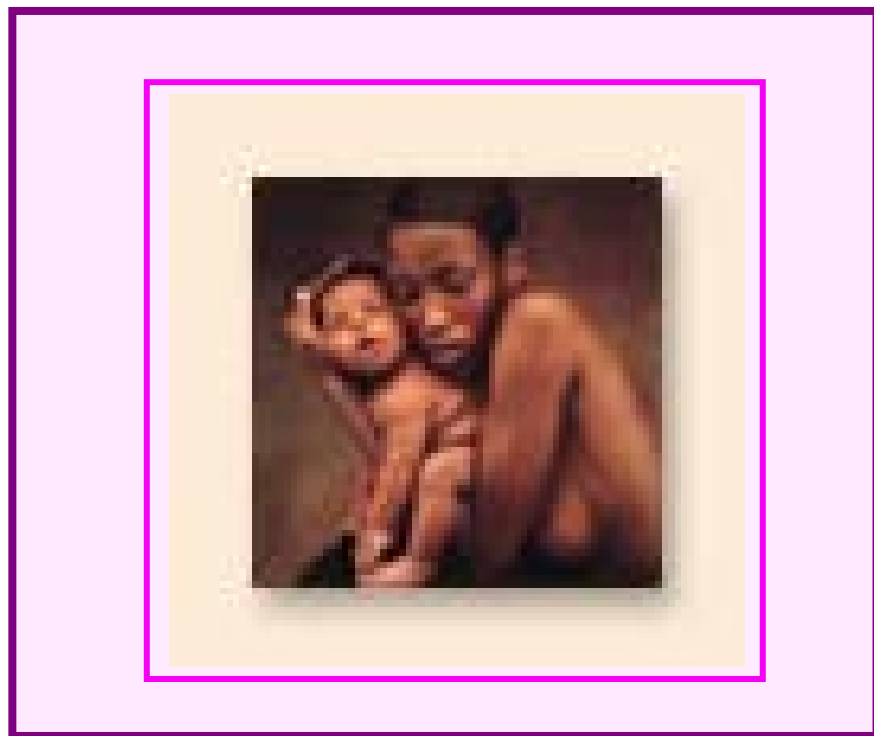
2.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Querino M. Costumes africanos no Brasil. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/ Massangana; 1988.
2. Priore M. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 1999.
3. Cascudo LC. Dicionário do folclore brasileiro. Belo Horizonte/ São Paulo: Itatiaia/Edusp; 1988.
4. Cascudo LC. História da alimentação no Brasil. Belo Horizonte: Itatiaia/Edusp; 1983.
5. World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendations. Bull Who 1995; 73: 165-74.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério de Saúde; 2002.
7. Giugliani ERJ, Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: bases científicas. Brasília. OPAS/OMS; 1997.
8. Arantes CIS. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. J Pediatr 1995;71(4):195-202.

- 9 Bandinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- 10 Arantes CIS. Amamentação - visão das mulheres que amamentam. J Pediatr 1995; 71 (4): 195-202.
- 11 Moura EFA. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. J Pediatr 1997; 73 (2): 106-10.
- 12 Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J Pediatr 2003; 79 (5): 385-90.
- 13 World Health Organization. Child and adolescent health and development. Nutrition. Complementary feeding. Disponível em: <http://www.who.int/childdo adolescent-health/NUTRITION/complementary.htm>. Acesso em: 14 jan. 2004.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 15 Monte MG, et al. Promoção da nutrição de crianças menores de 5 anos no dia-a-dia da comunidade: Manual para médicos, enfermeiros, nutricionistas e agentes comunitários de saúde. Vitória; 2001.
- 16 Osório MM. Fatores determinantes da anemia em crianças. J Pediatr 2002; 78 (4): 269-78.
- 17 Queiroz SS, Torres MA de A. Anemia ferropriva na infância. J Pediatr 2000; 76 (supl 3): S 298 - S 304.
- 18 Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. J Pediatr 2000; 76 (supl 3): S 229-37.
- 19 Vieira MLF, et al. Amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes dos de filhos de mães adultas? J. Pediatr 2003; 79 (4).
- 20 Monte CMG, Sá M. L. B. Guias alimentares para crianças menores de dois anos no Nordeste do Brasil: da teoria à prática. Brasília; 1999.
- 21 Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. J Pediatr 2000; 76 (supl 3): S 253-62.
- 22 Monte CMG. Normas de atenção à criança desnutrida nos diversos níveis dos serviços de saúde. Subsídio para discussão do grupo consultor de desnutrição infantil para o Ministério da Saúde. Fortaleza; 2000.

- 23 Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin of North Am* 1991; 38:1439-53.
- 24 Birch LL, et al. The variability of young children's energy intake. *N Engl JMed* 1991; 324:32-5.
- 25 Black RE, et al. Incidence and etiology of infantile diarrhoea and major routes of transmission in Huascar, Peru. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 785-99.
- 26 Monte CMG, et al. Designing educational messages to improve weaning food hygiene practices of families living in poverty. *Soc Sc Med* 1997; 44: 1453-64.
- 27 Veibel WS. Contribuição ao estudo dos problemas da criança de 0 a 12 meses: diagnosticados na primeira consulta de enfermagem [Dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 1984.
- 28 Silva, GAP. O uso de chupetas contribui para uma maior ocorrência de enteroparasitoses? *J Pediatr* 1997; 7 (1).
- 29 Lande B, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian infant nutrition survey. *Acta Pediatr* 2003; 92: 152-61.
- 30 Valltera M, et al. Breastfeeding and complementary feeding practices in rural Malawi. *Acta Pediatr* 2001; 90: 328-32.
- 31 Giugliani ERJ. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de alimentação. *J Pediatr* 1998; 74 (5): 368-75.
- 32 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas; 1991.
- 33 Souza MCC. Compreendendo a ação materna frente às orientações sobre a alimentação da criança de 0 a 6 meses [Dissertação]. Belo Horizonte: UFMG. Escola de Enfermagem; 2001.
- 34 Bryant CD The impact of family, friend and neighbor networks of infant feeding practices. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1757-65.
- 35 Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *J Pediatr* 1999; 75 (6): 449-55.
- 36 World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries. Geneva; 1998.

- 37 World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. Geneva; 1995.
- 38 Euclides MP. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. Viçosa; 1997.
- 39 Leão E. Pediatria ambulatorial. 3ª ed. Belo Horizonte: COOPMED; 1998.
- 40 Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- 41 Soffiatti NRT. Consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia: ênfase nas ações educativas. Cogit Enferm 2000; 5(esp): 69-72.
- 42 Silva MGA. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. Rev Latinoam Enferm 1998; 6 (1) 27-31.
- 43 Silva MJP. A enfermagem frente à necessidade de percepção do paciente. Rev Paul Enferm 1990; 9 (3): 114-9.
- 44 Ricco RG, et al. Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu; 2000.
- 45 Madeira AMF, Paulo IMA. Avaliação da consulta de enfermagem prestada à criança de 0 a 2 anos de idade em um centro de saúde. Rev Esc Enferm USP 1995; 29(3): 231-45.
- 46 Scotney N. Educação para a saúde: manual para o pessoal da zona rural. São Paulo: Edições Paulinas; 1991.
- 47 Monteiro CA. et al. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev S Públ 2000 (6, Supl): 62-72.
- 48 Leal LP. Validação e reprodutibilidade de sinais clínicos e da escala de cores da hemoglobina da OMS no diagnóstico de anemia em crianças [Dissertação]. Recife: UFPE, Depto. de Nutrição; 2003.
- 49 Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Fundamentos e orientações para profissionais de saúde. Brasília; 2001.
- 50 Cardozo CC et al. Problemas de crescimento em relação ao peso entre lactentes acompanhados na consulta de enfermagem de um hospital escola na cidade do Recife [Monografia]. Recife: UFPE, Deptº. de Enfermagem; 2003.



3-ARTIGO II

Fatores que interferem na prática alimentar de mães de crianças entre cinco e oito meses, em transição alimentar, atendidos em um Serviço de Puericultura do Recife³

Resumo

Objetivos: Identificar os lactentes de cinco a oito meses alimentados segundo os critérios do Ministério da Saúde, atendidos no Serviço de Puericultura do IMIP; detectar os principais problemas enfrentados pelas mães no processo de introdução alimentar; identificar o tipo de orientação recebida pelas mães para iniciar a dieta de transição.

Métodos: Estudo transversal, descritivo, com 101 mães de crianças entre 05 e 08 meses que haviam iniciado transição alimentar no período de abril a agosto de 2003, atendidas no Serviço de Puericultura do IMIP. As crianças foram classificadas quanto à adequação às normas do Ministério da Saúde para transição alimentar.

Resultados: Constatou-se que 79,2% destas crianças não se adequavam às normas do Ministério da Saúde quanto à transição alimentar. Para o não seguimento a estas normas as mães apontaram, como principais motivos: recusa da criança(23,5%); interferência da avó(19%); praticidade do preparo/oferecimento do mingau em relação à alimentação salgada(17,7%). No caso das mães que trabalham fora do lar (27,7%), a avó é o principal cuidador. Na amostra estudada o enfermeiro e a avó foram os principais orientadores da transição alimentar, com 77% e 16%, respectivamente.

Conclusões: Um grande número de crianças não apresentou um padrão alimentar adequado, segundo as orientações do Ministério da Saúde. A mãe, principal responsável pelos cuidados da criança, sofre influências do seu ambiente familiar e da sociedade em que está inserida. A avó evidenciou-se como de grande influência sobre os cuidados com a criança, em relação aos alimentos a ela oferecidos. Também foi observado que, durante a consulta de enfermagem, para 29,5% das mães orientadas, não foi ressaltada a importância dos alimentos para a saúde da criança.

Palavras-chave: alimentação de transição, mães, Puericultura, lactente.

³ Artigo a ser submetido à Revista de Saúde Materno-Infantil. As referências bibliográficas obedeceram o estilo Vancouver.

Factors that interfere in the feeding practices of mothers with children between the ages of 5 and 8 months on a transition diet treated at a children's service in the city of Recife.

Abstract

Objectives: Identify children between five and eight months of age who are going through the weaning process, being fed in accordance with criteria established by the Health Ministry and treated at the children's service at the IMIP Maternity and Children's Hospital; detect the main problems mothers encounter in the process of introducing food sources; and identify the type of orientation mothers receive for accomplishing the initial transition diet.

Methods: A descriptive, transversal study was carried out with 101 mothers of children between the ages of 05 and 08 months that had initiated dietary transition in the period from April to August of 2003 and were treated at the children's service of IMIP. The children were classified as to the fulfillment of Health Ministry guidelines for dietary transition (weaning).

Results: It was observed that 79.2% of the children were not adequately following the Health Ministry guidelines for dietary transition. Mothers gave the following reasons for not adhering to the guidelines: 23.5% child's refusal of foods; 19% interference on the part of the child's grandmother; and 17.7% the practicality of preparing/offering porridge in comparison to the recommended diet. Among the 27.7% of the working mothers, the child's grandmother was the main caregiver in 58% of the sample, and comes after the mother in 77% as the person responsible for feeding the child. In the sample studied, the nurse and grandmother were the principal advisors on dietary transition with 77% and 16%, respectively.

Conclusions: A large number of children did not present adequate dietary habits in accordance with the Health Ministry guidelines. As the mother is the main caregiver, she is influenced by her family surroundings and the society into which she is inserted. The child's grandmother has a great influence on childcare in regards to the food sources offered. It was also observed that, during the nursing consultation, the importance of eating habits for the health of the child was not stressed in 29.5% of the mothers receiving feeding orientations.

Key words: transition diet, mothers, children's services, weaning children.

3.1 Introdução

Durante os primeiros seis meses de vida o leite materno é o alimento capaz de atender ,de forma completa, todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes. Acresce ainda que o contato físico entre mãe e filho, durante a amamentação, proporciona a transferência de carinho e afeto, bilateralmente ,e deve ser valorizado tanto quanto os nutrientes no leite. Ao envolver uma criança para ser amamentada, mãe e filho se enlaçam afetivamente, o que os alimenta reciprocamente, do ponto de vista psicológico¹.

Após este período, faz-se necessária a introdução,de forma gradual, de alimentos complementares que atendam as necessidades nutricionais da criança. Esta introdução alimentar, assim como o aleitamento materno, envolve diversos fatores estreitamente ligados, dentre os quais a mãe merece destaque, por constituir o elemento fundamental nos cuidados com a criança, além da influência do contexto familiar, sócio-culturais e econômicas.² Silva³ afirma que os cuidados maternos exercem forte impacto sobre a saúde da criança e estão diretamente relacionados às informações em saúde, idade e grau de escolaridade da mãe, além do tempo dispensado a estes cuidados. Martim e Castillo⁴ referem que o ambiente social e familiar tende a valorizar o ganho ponderal da criança, considerando-o um indicativo de saúde, fato que contribui para um comportamento inseguro e ansioso da mãe, normalmente,a responsável por alimentar a criança.

Vários estudos confirmam que o hábito alimentar inadequado da criança é responsável por diversos problemas de saúde, como obesidade, desnutrição e anemia, dentre outros.^{5,6,7}

É evidente que um suporte dos serviços de saúde dirigido a estas mães pode contribuir significativamente para melhorar a condução do processo alimentar de seus filhos. Esta abordagem é efetivada a partir da consulta de Enfermagem em Puericultura, sendo o enfermeiro participante

ativo deste processo. Pelo seu compromisso social de cuidar, educar e apoiar as mães e suas famílias, este profissional está capacitado a fornecer orientações que poderão nortear o cuidado da mãe com a criança.

É neste contexto de questões que se insere o presente artigo, cujos objetivos são: identificar os lactentes de cinco a oito meses que estão sendo alimentados segundo os critérios do Ministério da Saúde, atendidos no Serviço de Puericultura do IMIP; verificar o tipo de orientação recebida pelas mães, durante a consulta de enfermagem, para a realização da transição alimentar da criança; detectar os principais problemas enfrentados pelas mães durante o processo de introdução da dieta de transição.

3.2 MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo exploratório que analisou a distribuição das freqüências de um determinado exemplo, a caracterização da população, bem como explicar as variações de freqüência. O estudo foi desenvolvido no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), na cidade do Recife, hospital de grande porte, referência para o atendimento da criança e da mulher. Nesta instituição funcionam programas de residência médica e de enfermagem, em várias especialidades, e Mestrado em Saúde Materno-Infantil. A área do estudo foi constituída pelo Serviço de Puericultura do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, no qual o atendimento é realizado por duas enfermeiras, especializadas na assistência à criança. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2003. Foram utilizados dados primários, procedentes da aplicação de um questionário às mães de crianças atendidas no Serviço, pela própria pesquisadora.

Foram incluídas no estudo 101 mães de crianças na faixa etária entre cinco e oito meses, em dieta de transição, selecionadas quando compareceram à consulta de enfermagem na Puericultura, acompanhando suas crianças.

Foram excluídas as mães de crianças entre cinco e seis meses que, no momento da consulta, permaneciam em aleitamento materno exclusivo. Portanto, ainda não haviam iniciado a dieta de transição.

As variáveis estudadas foram as seguintes: caracterização da amostra (renda familiar em salários mínimos, chefe da família, número de pessoas na casa, tipo e regime de ocupação da casa, procedência da água, tipo de saneamento e destino do lixo); relacionadas à mãe (idade, escolaridade, atividade profissional e horas fora de casa, presença do companheiro, estado de saúde, número de filhos e intervalo entre eles, ajuda para cuidar dos filhos e dos afazeres domésticos); relacionadas à criança (idade em meses, peso ao nascer e atual, em gramas, comprimento, em centímetros, tempo de aleitamento materno exclusivo, tipo de aleitamento no momento da transição alimentar, estado de saúde); relacionadas ao ato de oferecer o alimento (pessoa que oferece os alimentos à criança, primeiro alimento oferecido na fase de transição, frequência e tipo de alimentos oferecidos, utensílios utilizados e dificuldades encontradas para o oferecimento dos alimentos); relacionadas à orientação (quem orientou a transição alimentar, se enfermeiro: tipo de orientação, dúvidas após a orientação e oportunidade de esclarecê-las durante a consulta).

Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário com 69 perguntas, necessárias ao atendimento dos objetivos propostos pelo estudo (Apêndice 1), constituído de cinco partes: caracterização da amostra, fatores relacionados à mãe, à criança, ao ato de oferecer o alimento e ao profissional de saúde. O instrumento de coleta foi previamente testado, através de entrevista com 15 mães de crianças atendidas na Puericultura do IMIP e no Serviço de Puericultura do Hospital

das Clínicas. A partir deste procedimento, foram feitas algumas adaptações ao instrumento de coleta, aplicado pela própria pesquisadora, também enfermeira do Serviço que constituiu o local do estudo.

No Serviço de Puericultura do IMIP as crianças em acompanhamento são agendadas para consulta, mensalmente. As mães que acompanhavam as crianças, ao retornarem para a consulta previamente agendada eram solicitadas a participar do estudo, sendo-lhes explicada a importância, os objetivos e a necessidade de sua colaboração, garantindo-se o sigilo sobre os dados coletados e seu uso exclusivo para a pesquisa, bem como a observância dos princípios éticos para pesquisa em humanos. As mães que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), procedendo-se então à aplicação do questionário. Ao final da entrevista, as mães eram encaminhadas à consulta de enfermagem, com suas crianças.

Os dados coletados foram introduzidos em um banco desenvolvido no software EPI-INFO, versão 6.0, em duas entradas distintas, e posteriormente inter-relacionados através do comando VALIDATE, para verificação de erros. Posteriormente, estes dados foram analisados, tabulados em valores absolutos e percentuais e organizados em tabelas e gráficos.

Para classificação da dieta quanto à adequação às normas do Ministério da Saúde foram utilizados os seguintes critérios: crianças que recebiam leite materno e 3 refeições/dia, sendo 2 papas de sal e 1 de fruta; crianças em aleitamento misto ou artificial, recebendo 5 refeições/dia, sendo 2 papas de sal, 1 papa de fruta e 2 mingaus (leite + amido/cereal).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP, sendo aprovado (Apêndice 3).

3.3 RESULTADOS

As famílias das mães estudadas são de baixa condição socioeconômica, porém a maioria dispõe de água procedente da rede pública, lixo coletado e saneamento com esgoto.

Tabela 1 – Condições socioeconômicas das famílias de crianças de cinco a oito meses, em transição alimentar atendidas, em um serviço de puericultura. Recife, 2003.

Variáveis	N	%
Tipo de ocupação		
Própria	67	66,3
Alugada	23	22,8
Outros	11	10,9
Procedência da água		
Rede pública	91	90,1
Poço	10	9,9
Saneamento		
Esgoto	50	49,5
Fossa	39	38,6
Outros	12	11,9
Lixo		
Coletado	94	93,0
Outros	7	7,0
Luz elétrica		
Sim	101	100,0
Chefe da família		
Pai	72	71,3
Mãe	5	5,0
Outros	24	23,7
Renda		
Sem renda	5	5,0
1 a 2 SM	61	60,3
3 a 5 SM	25	24,8
6 SM acima	10	9,9
Total	101	100,0

Analisando a tabela 1, verifica-se que a maioria das famílias das mães estudadas (63,3%) residem em casa própria, com abastecimento de água proveniente da rede pública (90,1%), esgoto e fossa (respectivamente 49,5% e 38,6%), lixo coletado (93,0%), e a totalidade com luz elétrica. O chefe da família é, predominantemente, o pai (71,3%), com renda entre um e dois SM, principalmente (60,3%).

As características das mães estudadas estão expressas na tabela 2.

Tabela 2 – Perfil das mães de crianças de cinco a oito meses, em dieta de transição atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003.

Variáveis	N (101)	%
Faixa etária		
15 a 19 anos	14	13,9
20 a 24 anos	33	32,7
25 a 29 anos	34	33,6
> 30 anos	20	19,8
Escolaridade		
Sem alfabetização	1	1,0
Ens. Fundamental incompleto	38	37,6
Ens. Fundamental completo	8	7,9
Ens. Médio completo	38	37,6
Ens. Médio incompleto	13	12,9
Ens. Superior	3	3,0
Trabalho fora do lar		
Sim	28	27,7
Não	73	72,3
Paridade		
1	53	52,5
2	27	26,7
3	16	15,8
>4	5	5,0
Ajuda no cuidado com os filhos/ afazeres domésticos		
Sim	59	58,4
Não	42	41,6
Total	101	100,0

De acordo com os resultados expressos na tabela 2, observa-se que 66,3% das mães são jovens, com idades variando entre 20 e 29 anos. O nível de escolaridade predominante está distribuído, homogeneamente, entre o Ensino Fundamental incompleto e o Ensino Médio completo, ambos com 37,6%. Das mães estudadas, 72,3% não exerciam atividade remunerada fora do lar; 52,5% são primíparas e 58,4% recebem ajuda no cuidado com seus filhos e nos afazeres domésticos.

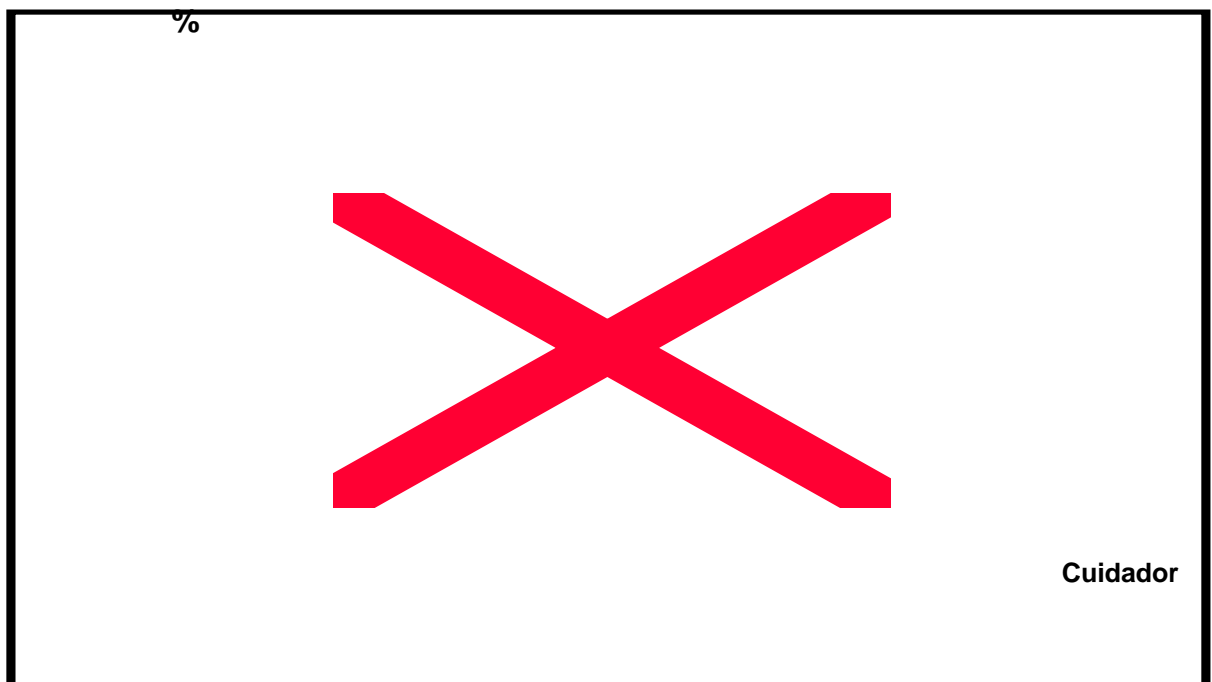


Gráfico 1 – Cuidador dos lactentes de cinco a oito meses em dieta de transição, atendidos em um Serviço de Puericultura, filhos de mães que trabalham fora do lar, atendidos em um serviço de puericultura. Recife, 2003.

Partindo da constatação de que havia mães exercendo atividades remuneradas fora do lar, embora constituindo-se uma minoria (27,7%), procurou-se investigar quem cuidava da criança em sua ausência. O gráfico 1 identifica os cuidadores, com predomínio da avó (50,0%).

Grande parte das mães do estudo proporcionou às suas crianças aleitamento materno exclusivo por um tempo superior ou igual a 120 dias (Tabela 3).

Tabela 3 – Tempo de aleitamento materno exclusivo de crianças de cinco a oito meses, em dieta de transição, atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003

Tempo	N	%
< 30 dias	3	3,0
De 30 a 60 dias	20	19,8
Até 90 dias	10	9,9
≥ 120 dias	68	67,3
Total	101	100,0

Em relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo, constatou-se que 67,3% das mães do estudo aproximaram-se das recomendações do M.S., ou seja, amamentar exclusivamente até o sexto mês. No entanto, vale ressaltar os 32,7% de mães que introduziram precocemente a prática de oferecer alimentos complementares à criança.

A tabela 4 demonstra as particularidades relativas ao início da transição alimentar.

Tabela 4 – Particularidades referentes à dieta de transição de crianças de cinco a oito meses, atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003.

Particularidades	N	%
Quem oferece os alimentos		
Mãe	73	72,3
Avó	17	16,8
Tia	3	3,0
Pai	1	1,0
Outros	7	6,9
Primeiro alimento oferecido		
Suco	70	69,3
Papa de frutas	16	15,8
Sopinha	15	14,9

Total	101	100,0
-------	-----	-------

Quanto às particularidades relativos ao início da transição alimentar, a mãe, seguida da avó, são as figuras mais presentes na oferta dos alimentos às crianças. Na transição alimentar o suco foi o primeiro alimento a ser oferecido à criança (69,3%) (Tabela 4).

O gráfico 2 mostra a situação da transição alimentar das crianças quanto às normas do Ministério da Saúde.

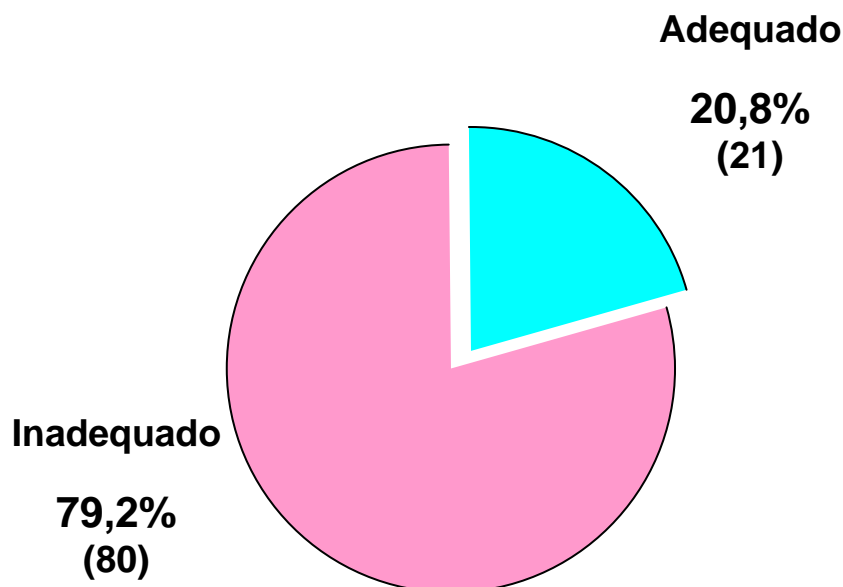


Gráfico 2 – Adequação às normas de transição alimentar do Ministério da Saúde de crianças de cinco a oito meses, atendidas num serviço de puericultura. Recife, 2003

Conforme os resultados demonstrados no gráfico 2 constata-se que uma parcela significativa de crianças (79,5%) não teve uma transição alimentar adequada às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Na tabela 5 estão explicitadas as razões pelas quais as mães não seguem as orientações transmitidas no Serviço, quanto à dieta de transição.

Tabela 5 –Razões alegadas pelas mães de crianças de cinco a oito meses, atendidas em um serviço de puericultura, para o não seguimento das normas do Ministério da Saúde, transmitidas no serviço, quanto à dieta de transição. Recife, 2003.

Motivos	N	%
Porque a criança não aceita	20	25,3
Falta do alimento	12	15,2
Dar o leite materno é mais fácil	12	15,2
Porque a avó não concorda	15	19,0
Não tem tempo para preparar o alimento	6	7,6
Preparar/dar o mingau é mais fácil que o alimento salgado	14	17,7
Total*	79	100,0

*Nota: uma mãe que não se adequava às normas de transição alimentar do Ministério da Saúde não declarou razão.

Na tabela 5 verifica-se que os principais motivos mencionados pelas mães para justificar o não seguimento das normas preconizadas pelo M.S. para a transição alimentar foram a não aceitação da criança (25,3%), a interferência da avó (19,0%) e a comodidade do preparo/ oferecimento do mingau em relação à alimentação salgada (17,7%).

O gráfico 3 mostra os principais orientadores da transição alimentar das crianças.

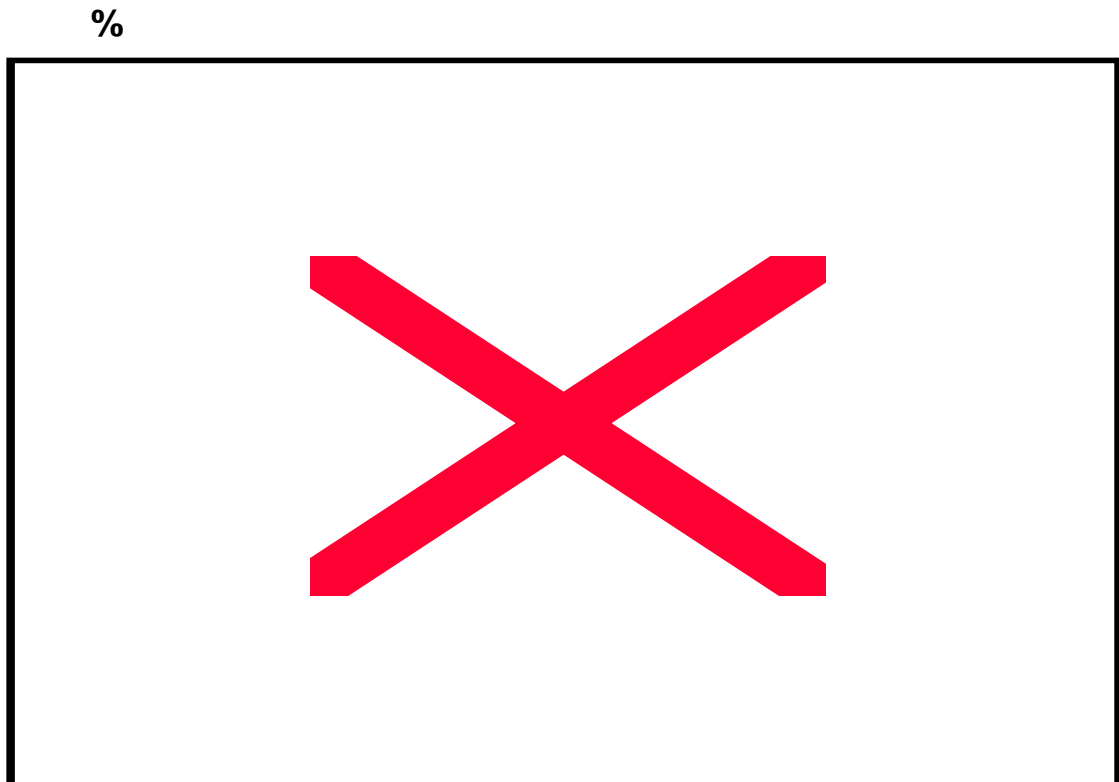


Gráfico 3 – Principais orientadores da dieta de transição de crianças entre cinco e oito meses atendidas em um serviço de puericultura. Recife, 2003.

O Enfermeiro, com 77,0% de indicações, foi o principal orientador do processo de transição alimentar das crianças estudadas, seguido da avó (16,0%) (Gráfico 3).

A tabela 6 revela a percepção das mães acerca da qualidade das orientações recebidas pelo enfermeiro, com relação à dieta de transição.

Tabela 6 – Percepção das mães de crianças de cinco a oito meses, atendidas em um serviço de puericultura, com relação à qualidade das orientações recebidas, na consulta de enfermagem, para a transição alimentar de seus filhos. Recife, 2003.

Percepção	N (78)*	%
O enfermeiro ressaltou a importância dos alimentos complementares para a criança?		
Sim	55	70,5
Não	23	29,5
Houve dúvidas após a orientação?		
Sim	04	5,2
Não	74	94,8
Teve oportunidade de esclarecer as dúvidas durante a consulta?		
Sim	76	97,4
Não	02	2,6
Recebeu orientações por escrito, além das verbais?		
Sim	76	97,4
Não	02	2,6

*Nota: Total de mães orientadas pelo enfermeiro, com relação à transição alimentar da criança.

Para uma maioria significativa (70,5%), o enfermeiro ressaltou a importância dos alimentos complementares oferecidos à criança. Contudo, chama a atenção os 29,5% de mães que afirmaram não ter sido contempladas com esta orientação. Observa-se que 97,4% das mães esclareceram suas dúvidas e receberam orientações por escrito, além das verbais, e 94,8% não tinham dúvidas, após a consulta. Apenas 2,6% das mães afirmaram não ter tido oportunidade de esclarecer dúvidas, durante a consulta.

3.4 DISCUSSÃO

Este estudo, por seu caráter descritivo exploratório, apresenta algumas limitações, não sendo suficiente para responder algumas questões sobre o assunto abordado, uma vez que, é possível observar outros fatores, relacionados à alimentação da criança, que não foram focados no trabalho. O estudo deu ênfase à mãe, integrante do modelo causal, pela sua magnitude no cuidado com a criança. É assim evidente a necessidade de outros estudos que visem abranger e explicar aspectos não abordados neste trabalho.

É importante referir a possível ocorrência de um problema metodológico, considerando ter sido a mesma pessoa, no caso, a pesquisadora, responsável pela aplicação dos questionários e pelas as consultas de enfermagem no Serviço, local do estudo, o que poderá favorecer um viés de aferição. As mães podem ter se sentido “pouco à vontade” para relatar suas dificuldades e problemas de comunicação durante a consulta, fato que repercutiria nos resultados relativos a qualidade das orientações fornecidas pelos enfermeiros do Serviço.

Para uma compreensão mais abrangente sobre o tema estudado, pretendeu-se investigar alguns traços do perfil socioeconômico das famílias das mães entrevistadas, sendo constatado que a maioria sobrevive com dois salários mínimos, o pai é o principal mantenedor, grande parte possui casa própria, a totalidade é servida por luz elétrica e um número significativo dispõe de água encanada e adequado saneamento, observando-se também a predominância do destino correto do lixo.

Considerando que o processo de alimentação está intimamente relacionado com a presença e reciprocidade de emoções diversas, o ambiente onde a criança é alimentada deve ser entendido como agente de grande importância. Porém, garantir condições ambientais adequadas para esta prática nem sempre é uma tarefa simples para boa parte da população. Más condições de habitação e de higiene, bem como carência econômica, podem constituir fatores de influência negativa sobre a saúde da criança⁸. Dessa forma, ao se deparar com uma criança que não esteja crescendo e se desenvolvendo normalmente, deve-se investigar não só seus hábitos alimentares, mas também o ambiente em que vive e a maneira como é cuidada⁹.

Sob este enfoque, a mãe se destaca como principal agente cuidador da criança. No estudo, estas mães, em sua maioria, caracterizavam-se como adultas jovens e primíparas, grande parte não exercia atividade remunerada e quase metade recebe ajuda nos afazeres domésticos e no cuidado com os filhos. No tocante à escolaridade, a maioria tinha o Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo. Os dados são concordantes com Silva³, ao afirmar que, dependendo da idade e do grau de escolaridade materna, do acesso às informações em saúde e do tempo dedicado aos cuidados com a criança, esta tem um maior ou menor risco de adoecer. Vale salientar, também, que a primiparidade é um determinante de insegurança para as mães, gerando conflitos, pois acentua as dificuldades em tomar decisões sobre seguir as orientações dos profissionais de saúde ou aceitar conselhos das pessoas mais velhas nos cuidados com a criança¹⁰⁻¹¹.

A avó também se destaca como agente responsável pelo cuidado com a criança. Primo e Caetano¹² referem que a filha se espelha na mãe e vislumbra-a como modelo de vida a ser seguido, copiado e transformado. Desta forma, o componente educacional familiar favorece a alimentação e o cuidado com a criança, quando a filha passa a espelhar sua vida e seu comportamento na forma como sua mãe foi criada. Porém, foi

observado, neste estudo, que a influência da avó não foi tão positiva, como será discutido adiante.

Dentre os cuidados essenciais à saúde da criança está o aleitamento materno. O tempo de aleitamento materno exclusivo referido pelas mães foi superior ou igual a 120 dias, aproximando-se das orientações da OMS; contudo, foi relevante o número de crianças introduzidas na alimentação complementar precocemente.

A alimentação complementar somente deveria ser iniciada a partir do sexto mês de idade, gradativamente, sob a forma de purês de legumes, frutas, carnes e cereais¹³⁻¹⁴⁻¹⁵. Para o início da transição alimentar a grande maioria das mães utilizou o suco como primeiro alimento a ser oferecido o que pode significar um reflexo das normas anteriores de condutas alimentares do M.S.¹³, portanto, orientadas anteriormente no Serviço, local do estudo. Possivelmente, justificando a prática acima, as mães não primíparas vivenciaram a experiência da transição alimentar com filhos mais velhos seguiram esta norma anterior. Durante a transição a mãe foi a principal responsável pela oferta dos alimentos à criança, seguida da avó.

Entretanto, a transição alimentar não ocorreu de maneira adequada, vez que 79,2% das crianças do estudo não se encontravam alimentadas de acordo com as normas do M.S.¹³ Como conseqüência de um padrão alimentar inadequado podem ocorrer problemas, como anemia ferropriva, conforme afirmam Queiroz e Torres⁷. Possivelmente, como reflexo de uma alimentação inadequada, Leal¹⁶ encontrou um alto percentual de anemia em crianças de seis a vinte e três meses, no ambulatório de pediatria do IMIP, no qual as crianças que, no período do estudo, atendidas na puericultura, fizeram parte do estudo.

Os principais motivos pelos quais as mães não se adequavam às orientações do M.S.¹³ sobre transição alimentar foram a não aceitação da

criança, a interferência da avó e a comodidade do preparo do mingau em relação aos alimentos salgados. Entende-se com isto que ocorre desistência da mãe/cuidador quando a criança rejeita a alimentação, o que prejudica o processo de condicionamento, ou seja, para um alimento ser aceito não pode ser apenas percebido visualmente ou pelo odor: a criança necessita provar o alimento, mesmo que inicialmente em quantidade mínima, para que este condicionamento se produza¹⁴⁻¹⁷.

Geralmente, a aceitação de um novo alimento ocorre somente após 12 a 15 apresentações do mesmo, podendo haver desistência dos pais neste período, por achar que a criança não gosta do alimento¹⁴⁻¹⁷. Monte¹⁸ afirma que as atribuições da mãe no lar e a ajuda para cuidar da criança e dos afazeres domésticos são fatores que interferem na prática alimentar das crianças. Ratificando estes achados, no presente estudo as mães citaram como um dos motivos para o não oferecimento do alimento salgado: a praticidade no preparo do mingau, embora a maioria tenha afirmado que recebe ajuda para cuidar dos filhos e das atividades domésticas. A principal inadequação da dieta ocorreu pelo não oferecimento da segunda refeição salgada ($\pm 17:00h$), sendo neste horário oferecido um mingau à criança. Como acrescenta Osório¹⁹, as mães, geralmente, substituem uma refeição pela mamadeira.

Várias pesquisas sustentam que o apoio e o suporte familiar, principalmente do pai e da avó, são fatores importantes na escolha da alimentação da criança²⁰. Neste estudo foi constatado que a avó participa efetivamente da educação alimentar das crianças. Para introduzir a alimentação complementar é de fundamental importância receber orientações adequadas, além do devido acompanhamento das crianças por um profissional de saúde.

Quanto às orientações fornecidas à mãe durante o processo de transição, grande parte foi oferecida pelo enfermeiro, seguido da avó. Isto está de acordo com estudo realizado em populações cubanas e porto-

riquezhas²¹, sobre práticas de alimentação infantil, apontando a avó materna como a mais importante fonte de informações a serem seguidas pelas mães, em detrimento dos profissionais de saúde. Com isso, as avós repassam suas crenças e valores ao processo de alimentação da criança.

Ainda quanto ao orientador da transição alimentar observou-se que um pequeno número de mães foi orientado pelo médico. Isto pode ser compreendido pelo fato do Serviço de Puericultura do IMIP ser conduzido pelo profissional de enfermagem, justificando um grande percentual de mães orientadas pelo enfermeiro.

Em relação à percepção da mãe sobre o papel do enfermeiro nestas orientações, verificou-se que a importância dos alimentos complementares foi ressaltada durante a consulta de enfermagem, na opinião da maioria, porém, um pequeno número de mães não foi orientado sobre este aspecto. Quanto às orientações, em sua quase totalidade, foram repassadas por escrito, além de verbalizadas. Um pequeno percentual de mães referiu dúvidas após a consulta e não ter tido oportunidade de esclarecê-las. Estes resultados confirmam os critérios relacionados à consulta de enfermagem, segundo Silva²²: existência de duas pessoas ou mais, em proximidade física, e que percebam a presença uma da outra, interdependência comunicativa, troca de mensagens e compreensão de mensagens verbais e não verbais. Durante a consulta de enfermagem ocorre uma interação face a face entre as pessoas. O enfermeiro e o cliente estabelecem e mantêm uma relação definida por percepções mútuas²³.

Os relatos das mães em relação às orientações durante a consulta de enfermagem não condizem com o percentual de inadequação à dieta encontrado no estudo, mesmo em se tratando de um Serviço em que as orientações repassadas seguem as normas preconizadas pelo MS. É possível que os tabus da família e as decisões da avó/cuidador estejam direcionando o padrão alimentar da criança, sobressaindo-se às orientações recebidas pelas mães na consulta de enfermagem. Não se pode também

descartar a possibilidade de que estas orientações, mesmo normatizadas, não estejam sendo repassadas às mães de maneira que estas as absorvam e tenham condições de praticá-las.

Contemplando as tabelas 4 e 6, estas revelaram que a mãe foi o principal executor dos cuidados e receptor das orientações fornecidas pelo enfermeiro. Estas mostraram, segundo os dados, que houve uma boa qualidade da consulta de enfermagem. No entanto os resultados não apontaram para uma adequação às normas do Ministério da Saúde. Diante deste cenário pergunta-se então: o que estava acontecendo de errado ?

Scotene²⁴ considera que durante o processo de comunicação poderá ocorrer que: as pessoas ouvem mas não compreendem; ouvem e pensam que compreendem, não executando as orientações de maneira certa ou transmitem a outrem de maneira errada; ouvem e compreendem mas não ficam convencidas e não modificam seus hábitos. Desta maneira a comunicação será considerada ineficaz.

Ocorre o insucesso da educação em saúde quando o educador não consegue comunicar-se de maneira eficaz, não refletindo os resultados esperados. Par o êxito da comunicação em saúde, há de se considerar que: as pessoas são diferentes e precisam ser tratadas de maneira diferente, o processo de educação em saúde deve acompanhar as mudanças do contexto social em questão, deve-se perceber a necessidade de um trabalho em equipe e haver um planejamento das ações com avaliação dos resultados.²⁴

Outro aspecto relevante neste processo de comunicação é o tipo de linguagem utilizada, por exemplo, a linguagem não verbal, que não

se faz só com a palavra falada mas também através de sinais, expressão corporal e de maneira escrita²⁴. Durante o estudo foi observado que as mães informaram ter recebido orientações escritas, além das orientações faladas. Assim, há de se considerar as mães que referiram um baixo nível de escolaridade e com isto, este artifício não lhes tivesse sido eficaz.

A comunicação torna-se satisfatória quando ela é capaz de modificar comportamentos em saúde, significa ainda que uma mensagem foi enviada e recebida. Sendo assim, é um processo que envolve aquele que recebe a mensagem e aquele que a envia, em um processo mútuo de idas e vindas, ações e reações²⁴.

Deste modo, há de se refletir que não se pode atribuir o insucesso do não entendimento ou apreendimento das mensagens oferecidas pelo enfermeiro a mãe/cuidador, pois, como foi mencionado, a comunicação não é determinada por apenas uma das partes envolvidas. A educação para saúde só é coroada de êxito quando os esforços planejados alteram o comportamento das pessoas em prol da saúde²⁴.

3.5 Bibliografia:

1. Arantes CIS. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. J Pediatr 1995;71(4):195-202.
2. Ctenas MLB, Vitolo MR. Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança. São Paulo: C2 Editora e Consultoria em Nutrição; 1999.
3. Silva, GAP. O uso de chupeta contribui para uma maior ocorrência de enteroparasitoses ? J Pediatr 1997; 73 (1).
4. Martin VB, Castillo CD. El niño que no quiere comer. Rev Chilena Pediatr 2000; 71 (2).
5. Escravidão MAMS, et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. J Pediatr 2000; 76 (Supl. 3).

- 6 Monteiro CA, et al. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev S Públ* 2000; 34 (Supl. 6): 62-72.
- 7 Queiroz SS, Torres MA de A. Anemia ferropriva na infância. *J Pediatr* 2000; 76 (Supl. 3) :S298-S304.
- 8 Ricco RG, et al. *Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança*. São Paulo: Atheneu; 2000.
- 9 Leão E, et al. *Pediatria ambulatorial*. Belo Horizonte: COOPMED; 1998.
- 10 Souza MCC. *Compreendendo a ação materna frente as orientações sobre a alimentação da criança de 0 a 6 meses [Dissertação]* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem; 2001.
- 11 Uebel WS. *Contribuição ao estudo dos problemas da criança de 0 a 12 meses: diagnosticados na primeira consulta de enfermagem [Dissertação]*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1984.
- 12 Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *J Pediatr* 1999; 75 (6) 449-55.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 14 Giugliani ERJ, Victora CG. *Normas alimentares para crianças brasileiras menores de 2 anos: bases científicas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; 1997.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 16 Leal LP. *Reprodutibilidade de sinais clínicos e da escala de cores da hemoglobina da OMS no diagnóstico de anemia em crianças [Dissertação]*. Recife: UFPE. Depto de Nutrição; 2002.
- 17 Stein LM, Ramos M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr* 2000; 76 (Supl. 3): S229-37.
- 18 Monte CMC, et al. *Promoção de nutrição de crianças menores de 5 anos no dia-a-dia da comunidade: manual para médicos, enfermeiros, nutricionistas e agentes comunitários de saúde*. Vitória; 2001.
- 19 Osório MM. Fatores determinantes para anemia em crianças. *J Pediatr* 2002; 78 (4): 269-78.

- 20 Vaahtera M, et al. Breastfeeding and complementary feeding practices in rural malawi. *Acta Pediatr* 2001; 90: 228-332.

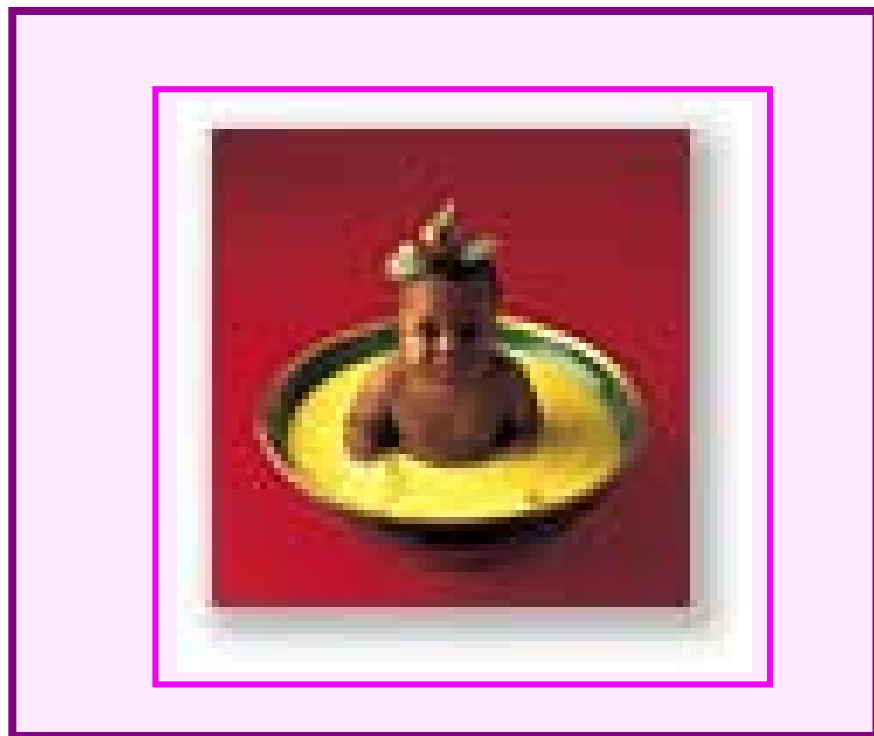
- 21 Bryant CD. The impact of Kin, friend and neighbor networks of infant feeding practices. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1757-65.

- 22 Silva MG. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação inter pessoal – a percepção do cliente. *Rev Latino-Amer Enferm* 1998; 6(1).

- 23 Silva MJP da . A enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. *Rev Paul Enferm* 1990;9(3).

- 24 Scotney N. Educação para a saúde: manual para o pessoal da zona rural. São Paulo: Edições Paulinas; 1991.

- 25 Arruda BKG, et al. A educação profissional em saúde e realidade social. Recife: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 2001.



4-CONCLUSÕES

4 – Conclusões

Com base na revisão da literatura e na análise das informações do questionário pode-se concluir que o processo alimentar da criança, em especial na fase de transição do aleitamento para a introdução de alimentos complementares, reveste-se muitas vezes, de ansiedade, não só para a mãe da criança como também para os familiares. Porém toda a expectativa desta fase é depositada, geralmente, em um só sujeito: a mãe, pelo contexto cultural e social, a principal responsável pelos cuidados com a criança.

A qualidade do cuidado materno está na dependência do nível de escolaridade da mãe, tempo disponível para a criança e condições socioeconômicas. Há de se considerar também a influência da família sobre o cuidado materno, que poderá determinar os hábitos alimentares da criança, contrapondo-se as orientações recebidas no serviço de saúde.

Os principais agentes dos cuidados com a criança são a mãe e a avó. por seu múltiplo papel desempenhado na família, a mãe se apresenta, muitas vezes, insegura e ansiosa quanto aos cuidados com a criança e, diante da intensa cobrança da família e da sociedade, sente-se compelida a aceitar informações de pessoas mais próximas, interferindo no seu cuidado com o filho.

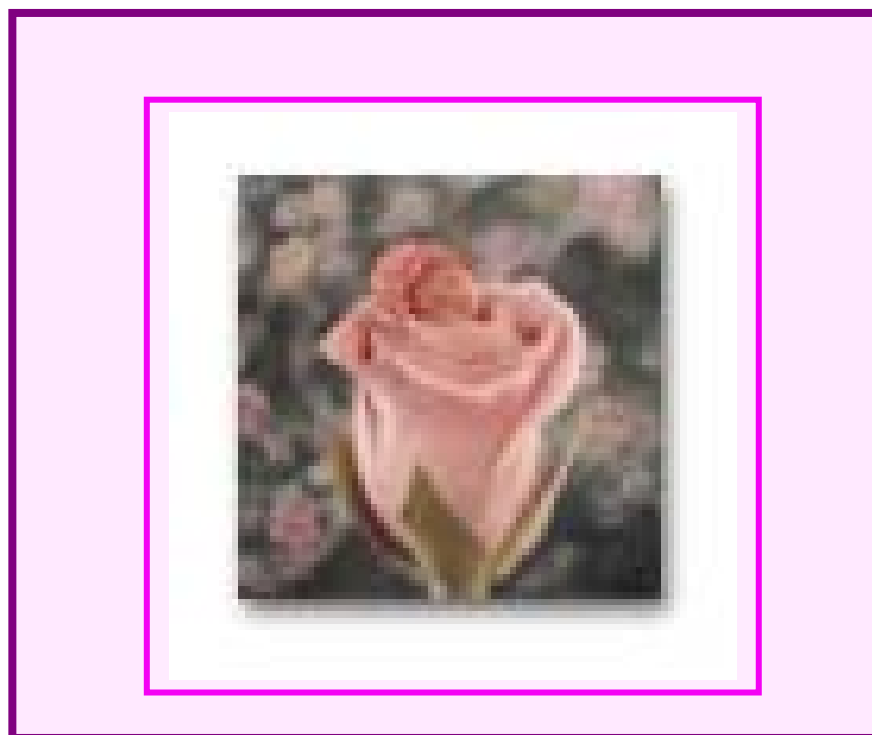
Neste contexto, a avó naturalmente assume o papel de importante influenciador nas ações maternas. Observou-se que a avó,

agente de grande influência neste processo e muitas vezes determinante dos cuidados, não participa da consulta de enfermagem na Puericultura. As informações fornecidas à mãe são transmitidas à avó, que as recebe e, algumas vezes, não as cumpre. O fato remete ao processo de comunicação já comentado anteriormente, destacando a importância do contato direto, face a face do profissional e o agente cuidador, para que as orientações fornecidas sejam melhor entendidas, apreendidas e, conseqüentemente, praticadas.

Os padrões culturais de cada família podem determinar os hábitos alimentares da criança, sobressaindo-se às orientações recebidas no serviço de saúde. Como foi observado no estudo, o maior fator de inadequação alimentar foi o não oferecimento da segunda refeição salgada, às 17 horas. Isto poderia estar refletindo o hábito alimentar da região, onde as pessoas não costumam consumir este tipo de refeição, por considerarem “pesada” ou “indigesta” ao organismo, em função do horário; são então oferecidos “mingaus” às crianças, apontados pelas mães como mais cômodos de preparar e oferecer, em relação à refeição salgada. A rejeição ao alimento salgado oferecido também representou uma dificuldade para sua aceitação durante o processo de transição alimentar.

Apesar da maioria das mães se declararem satisfeitas com as orientações recebidas na consulta de enfermagem, grande parte delas não estava seguindo estas orientações corretamente. Para superar este problema é preciso que haja uma reflexão sobre as questões relacionadas a educação em saúde, mais especificamente, a comunicação entre o enfermeiro e a família.

Por tudo isto, faz-se necessária uma melhor interação entre o profissional orientador da transição alimentar e o cuidador da criança para que as orientações oferecidas sejam absorvidas adequadamente, sejam evitando os problemas citados neste estudo.



5-RECOMENDAÇÕES

5 – Recomendações

A partir das conclusões sugere-se:

- É imprescindível a presença da avó e/ ou outro cuidador, na ausência da mãe, durante consulta de enfermagem na Puericultura, principalmente durante a transição alimentar. Para que haja uma melhor interação e formação de um elo entre profissional-mãe-cuidador-criança-serviço de saúde.
- Enfatizar para a mãe e o cuidador a importância dos alimentos complementares, oportunamente, sobre a saúde da criança.
- Em relação à cultura familiar: conhecer os hábitos alimentares adotados pela família para a alimentação da criança. Não transmitir conceitos e normas a serem seguidos de forma impositiva e, sim, adaptar os hábitos às orientações a serem oferecidas.
- Usar linguagem clara e concisa ao se dirigir à mãe e/ ou cuidador, para transmissão das orientações, considerando o seu nível educacional, econômico, social e cultural.
- Dar ênfase à qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de puericultura, inclusive sensibilizando-os acerca dos problemas

da comunidade assistida, para o melhor desempenho de suas atividades de atendimento à criança.

Tratamento único e individualizado dispensado à mãe e/ ou ao cuidador, evitando-se termos comumente utilizados nos serviços de saúde, como: “mãe”, “mãezinha”, “vozinha”, “mãe de fulano”, “avó de fulano”, etc. Pois, ao chamá-los desta forma, os faz perder a identidade, causando desestímulo e desinteresse



6-APÊNDICES

6 – Apêndices

Apêndice - 1 – Questionário

Apêndice – 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice – 3 – Aprovação do Comitê de Ética

Anexo -1**QUESTIONÁRIO****Parte-I : Família/Condições de moradia**

1. Quantas pessoas moram em casa ?
 _____Adultos
 _____Crianças
2. Quem é o chefe da família ?
 (1) Pai (2) Mãe (3) Outros
3. No mês passado, quanto ganhou, em salários mínimos, cada pessoa que mora na sua casa e trabalha ?
 1ª Pessoa_____ (SM) 2ª Pessoa_____ (SM) 3ª Pessoa_____ (SM)
 [99] sem renda Renda total _____ (SM)
4. Qual é o tipo de casa ?
 (1) Tijolo (2) Taipa (3) Palha (4) Madeira (5) Mista: (Tijolo e Taipa)
 (6) Papelão, Lata (7) Outros
5. A casa tem água encanada ?
 (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, fora de casa (3) Não
6. De onde vem a água que você usa em casa ?
 (1) Rede pública (2) Poço (3) Rio (4) Outros
7. Como é o vaso sanitário da sua casa ?
 (1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga (3) Não tem
8. Como é o saneamento ?
 (1) Esgoto (2) Fossa (3) A céu aberto (4) Não tem
9. O que a senhora faz com o lixo ?
 (1) Coletado (2) enterrado (3) Queimado (4) Colocado em terreno baldio (5) Outros
10. A casa tem luz ?
 (1) Sim (2) Não
11. A casa tem os seguintes bens ?
 Radio (1) Sim (2) Não (3) Ignorado
 Televisão (1) Sim (2) Não (3) Ignorado
 Geladeira (1) Sim (2) Não (3) Ignorado
 Fogão a gás (1) Sim (2) Não (3) Ignorado
 Liquidificador (1) Sim (2) Não (3) Ignorado
12. De que é feito o piso (chão) de sua casa ?
 (1) Cerâmica (2) Cimento (granito) (3) Terra (4) Tabua
13. Regime de ocupação da residência ?
 (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Inadida (5) Outro
14. Quantos cômodos (vãos) tem sua casa ? (nº total de cômodos inclui cozinha e banheiro).
15. Vocês dormem em quantos cômodos (vãos) ?

Parte-II : Mãe

16. Qual é a sua idade ?
 _____Anos
17. Qual foi a última série que a senhora completou na escola ?
 (1) Sem alfabetização
 (2) Ens. Fundam. incomp.
 (3) Ens. Fundam. Comp.
 (4) Ens. Médio comp.
 (5) Ens. Superior comp. (6) Ens. Superior incomp.
18. Você pode ler uma carta ou revista ?
 (1) Com facilidade (2) Com dificuldade (3) Não
19. A senhora trabalha fora ?
 (1) Sim (2) Não
20. Quantas horas a senhora passa fora de casa ?
 (1) menos de 4 hs. (2) até 6hs (3) até 12hs (4) mais de 12hs (5) NSA
21. Quem cuida do(s) seu(s) filho(s) em quanto você trabalha ?
 (1) Avó (2) Pai (3) Tia (4) Irmã(o) mais velho (5) empregada (6) vizinhos
 (7) Outros
22. Qual a idade desta pessoa ?
 _____Anos
23. A senhora tem um companheiro ?

(1) Sim (2) Não

24. Este é o pai deste seu filho ?

(1) Sim (2) Não

25. A senhora apresenta algum problema de saúde ?

(1) Sim (2) Não

26. Qual ?

27. Quantos filhos a senhora tem ?

(1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Mais de quatro

28. Qual o intervalo de tempo entre o seu filho mais novo e o anterior a ele ?

(1) Menos de um ano (2) Um ano (3) Dois anos (4) Mais de dois anos

(5) NSA

29. Algum dos seus filhos possui algum tipo de deficiência física ou problema de saúde ?

(1) Sim (2) Não

30. Qual ?

31. A senhora recebe ajuda para cuidar dos filhos e dos afazeres da casa ?

(1) Sim (2) Não

Parte-III: Criança

32. Qual a idade da criança ?

(1) 5 Meses (2) 6 Meses (3) 7 Meses (4) 8 Meses

33. Até quanto tempo sua criança mamou no peito?

(1) Primeiros 15 dias (2) Até o primeiro mês (3) Até o segundo mês

(4) Até o terceiro mês (5) Até o quarto mês (6) Até o quinto mês

(7) Até o sexto mês

34. Qual o leite que a senhora oferece para seu filho?

(1) LM (2) "Leite de lata" (3) Os dois

35. Qual a situação do cartão vacinal da criança ? (A ser preenchido pela mestrandia)

(1) Atualizado (2) Não atualizado

36. Qual o peso de nascimento da criança ?

_____ g

37. Qual o peso atual da criança ?

_____ g

38. Qual a estatura atual da criança ?

_____ cm

Parte-IV: Ato de oferecer

39. Quem oferece a alimentação da sua criança ?

(1) Você mesma (2) Avo (3) Tia (4) Vizinha (5) Pai (6) Outros

40. Quais os primeiros alimentos que a senhora ofereceu ao seu filho?

41. Ao iniciar os sucos, sopas, sua criança encontrava-se doente ?

(1) Sim (2) Não

42. Precisou ser internada ?

(1) Sim (2) Não

43. A senhora oferece suco pela manhã ?

(1) Sim (2) Não

- 44.O que oferece ?
45.Por quê ?
46.Sua criança aceitou suco quando foi oferecido pela primeira vez?
(1) Sim (2) Não
47.A senhora Ofereceu o suco outras vezes após a criança ter recusado a primeira vez ?
(1) Sim (2) Não
48.Quantas vezes ?
49.Se resposta não. Por quê ?
50.A senhora oferece sopinha a criança pelo menos 1 vez ao dia ?
(1) Sim (2) Não
51.O que oferece ?
52.Por quê ?
53.Sua criança aceitou sopinha quando oferecida pela primeira vez?
(1) Sim (2) Não
54.A senhora tornou oferecer a sopinha após a criança ter recusado pela primeira vez ?
(1) Sim (2) Não
55.Se respondeu sim. Quantas vezes ?
56.Se respondeu não. Por quê ?
57.O que a senhora oferece a tarde para sua criança ?
(1) Lei te materno (2) Mingau (3) papa de frutas (4) outros
58.Como a senhora oferece a sopinha a sua criança ?
(1) Colher (2) Mamadeira.
- 59.O que a senhora oferece às 17h a criança ?
(1) Refeição salgada (2) Leite materno (3) Mingau/papa (4) Outros
60.a senhora oferece alimentos a seu filho quando :
(1) Chora (2) É hora de comer

Parte-V: Profissional de saúde

- 61.A senhora recebeu orientação para oferecer sucos, frutas, sopas, a sua criança ?
(1) Sim (2) Não
62.Quem a orientou ?
(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Mãe (4) Sogra (5) Irmã (6) Vizinha
(7) Outros
63.Se respondeu profissional de saúde. Esta orientação foi dada :
(1) IMIP (2) Outro serviço
64.Se orientada pelo enfermeiro, além das orientações faladas lhes foram dadas também por escrito ?
(1) Sim (2) Não
65.Foi dito para senhora por que é importante o seu filho tomar suco e tomar sopinha ?
(1) Sim (2) Não
66.A senhora ficou com dúvidas após ter recebido as orientações sobre a alimentação da criança, durante a consulta de enfermagem ?
(1) Sim (2) Não

- 67.A senhora teve oportunidade de esclarecer as suas dúvidas durante a consulta ?
(1) Sim (2) Não
- 68.Sua criança é matriculada em outro serviço para atendimento ?
(1) Sim (2) Não
- 69.Se sim, por quê ?

Anexo -2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Carmina Silva dos Santos, enfermeira, estou propondo-me através desse estudo detectar os problemas mais comuns encontrados pelas mães ao iniciarem o oferecimento de sucos, frutas e sopas para as crianças.

Gostaria que a senhora participasse dessa pesquisa e para isso é necessário o seu consentimento.

Sua criança será pesada e medida e a senhora responderá a um questionário.

Não será realizado nenhum procedimento doloroso ou invasivo.

Será assegurada a confidencialidade dos dados.

Após a aplicação do questionário a senhora e sua criança serão encaminhados à consulta de Puericultura.

Eu li, compreendi e concordo participar do estudo.

Recife, / / .

(Assinatura)