

Alimentação no Primeiro Ano de Vida: a conduta dos profissionais de saúde e a prática exercida pela família

Nourishment in the First Year of Life: the conduct of health care professionals and family practices

Juliana Vale Ferreira
Luciana Maria Cerqueira Castro
Maria Fátima Garcia de Menezes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Nutrição
Departamento de Nutrição Social
Pós-Graduação em Nutrição Materno Infantil
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência / Correspondence
Juliana Vale Ferreira
E-mail: jvaleferreira@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: identificar as orientações fornecidas por profissionais de saúde e a prática exercida pela família sobre aleitamento materno e introdução de novos alimentos. **Métodos:** Esta pesquisa, de caráter qualitativo, consistiu na coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, com posterior análise das falas. **Resultados:** A análise revelou que muitos profissionais ainda não seguem as recomendações das atuais diretrizes do Ministério da Saúde. As falas dos profissionais, como das famílias, coincidem nos seguintes itens: introdução de alimentos antes dos seis meses de idade, na forma de sopas liquidificadas com baixa densidade energética e uso frequente dos sucos de frutas no lugar da papa de fruta. Diferentemente das recomendações dos profissionais, os pais ainda optam por mingaus, fórmulas lácteas e uso de mamadeiras. A introdução da carne geralmente é feita a partir dos seis meses, mesmo que já se tenha introduzido anteriormente a sopa ou papa salgada. **Conclusão:** Os resultados apontam para a dificuldade de alguns profissionais de saúde para a orientação alimentar, e das mães em seguir as recomendações preconizadas. Diante deste quadro, faz-se necessário sugerir a criação de espaços educativos nos serviços para que profissionais possam ouvir as experiências dos pais e/ou responsáveis, refletindo sobre a realidade e problematizando as recomendações preconizadas.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação no primeiro ano de vida. Educação em saúde. Atenção primária.

O presente artigo é baseado em monografia de especialização do curso de Nutrição Materno Infantil, Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

Abstract

Objective: to identify the guidelines provided by health professionals and the practice exercised by the family about breastfeeding and introduction of new foods. *Methods:* This qualitative research comprised data collection through semi-structured interviews, with subsequent analysis of the speeches. *Results:* The analysis revealed that many professionals still do not follow the recommendations of the current guidelines of the Ministry of Health. The professionals' speeches, as the families', agree on the following items: introduction of complementary foods before six months of age in the form of soups blender with low energy density and frequent use of fruit juices instead of fruit puree. Unlike the recommendations of professionals, parents still choose to porridge, infant formula and bottle-feeding. The introduction of meat is usually made at six months of age, even if they have previously introduced a salty soup or pope. *Conclusion:* The results point to the difficulty of some health professionals for dietary guidance, and mothers to follow the recommendations. In such context, it is necessary to suggest the creation of educational spaces in services for professionals to hear the experiences of parents or guardians, reflecting on the reality and questioning the recommendations.

Key words: Breast feeding. Nourishment in the first year of life. Health education. Primary care.

Introdução

Os dois primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados por crescimento acelerado e desenvolvimento de habilidades para receber, mastigar, digerir outros alimentos além do leite materno, e no autocontrole do processo de ingestão de alimentos, que vai ajudar a definir o padrão alimentar na vida adulta (BRASIL, 2002).

Novos estudos sobre alimentação de crianças menores de dois anos tornaram ultrapassados alguns concei-

tações que fizeram parte da prática pediátrica durante muito tempo (GIULIANI, 2000; LIMA 2006; TERUYA, 2006), como a oferta de água ou chás como complemento durante as primeiras semanas de vida, uso de sopas liquidificadas e uso de utensílios como mamadeiras e chucas para o oferecimento desses mesmos alimentos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a prática do aleitamento materno exclusivo, desde o nascimento até os seis meses de idade, e a introdução da alimentação complementar a partir desta

idade, com manutenção do aleitamento materno até os dois anos (OPAS, 2003). Verifica-se, porém, que esta recomendação muitas vezes esbarra em questões cruciais para as mães e de difícil condução para os profissionais, ou seja, as dificuldades no manejo do aleitamento materno e a volta ao trabalho após o período de licença-maternidade, impedindo a mãe de oferecer o leite materno por mais tempo.

Em relação à alimentação complementar, o Ministério da Saúde lançou o *Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos*, cujas principais diretrizes incluem: introdução de alimentos complementares três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno, e cinco vezes, se estiver desmamada, ambas a partir dos seis meses. Frutas, tubérculos ou cereais, hortaliças e carnes em geral devem estar sob forma de papas, doces ou salgadas, que devem ser oferecidas com colher ou com copo, no caso de líquidos (BRASIL, 2002).

Estudos demonstram que a introdução de alimentos tem-se dado de forma inadequada, em que o abandono progressivo do aleitamento materno e sua substituição por aleitamento artificial é apontada como um dos fatores responsáveis pela alta morbimortalidade no primeiro ano de vida em países em desenvolvimento (BUENO, 2003). Da mesma forma, para crianças com menos de um ano, o consumo de alimentos como açúcar, refrigerantes, chocolate, balas e frituras parece estar cada vez mais associado ao aumento da obesidade (VITOLLO, 2004).

A família é a principal responsável pela formação das práticas alimentares da criança, através da aprendizagem social, tendo os pais como primeiros educadores (RAMOS, 2000). Estes atuam de forma afetivamente poderosa, o que confere um comportamento que perdura ao longo dos anos (MINTZ, 2001). Desta forma, é nos primeiros meses de vida que se inicia a formação das práticas alimentares, trazendo benefícios ou não para saúde na fase adulta.

A família, por sua vez, é influenciada pelas orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, principalmente os pediatras, pela mídia ou vizinhos e por fatores econômicos.

Da mesma maneira que se constata dificuldades por parte de mães e profissionais em relação ao manejo do aleitamento, o mesmo acontece em relação à introdução de alimentos por ambas as partes. Para Boog (1999), faltam aos profissionais embasamento teórico e conhecimento de técnicas para analisar os problemas alimentares.

Diante do exposto, é de interesse buscar elucidar como os profissionais de saúde orientam o aleitamento materno e a introdução de alimentos, ao mesmo tempo em que se compara a prática exercida pelas mães às postulações da referida orientação profissional.

Este entendimento pode contribuir para que os profissionais possam compreender melhor como as mães organizam as práticas alimentares, para que revejam suas

orientações, flexibilizando as recomendações ajustadas à realidade da clientela. Desta forma, este novo rearranjo pode aproximar mães e profissionais de maneira que se construa um diálogo em que ambos sejam protagonistas.

Assim, o objetivo deste estudo é identificar a orientação fornecida pelos profissionais de saúde sobre aleitamento materno e introdução de novos alimentos e a prática exercida pelas mães, apontando os possíveis fatores intervenientes na introdução precoce ou tardia dos alimentos; a forma, a apresentação e o tipo de alimentos oferecidos pelas mães e a orientação dos profissionais de saúde; as dificuldades das mães e dos profissionais no manejo do aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar.

Este estudo faz parte da pesquisa *Práticas alimentares no primeiro ano de vida: um estudo em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro*, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o número 008/2005, e atende a todos os princípios éticos definidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e também os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000).

Metodologia

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, consistiu na coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, uma ferramenta da metodologia qualitativa que combina perguntas fechadas (ou estruturadas)

e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2000).

O roteiro de entrevistas continha perguntas relativas ao manejo da alimentação infantil, às escolhas, aos aspectos culturais e socioeconômicos envolvidos, às preferências, hábitos e influências na composição alimentar da criança. O roteiro foi desenvolvido a partir da realização de dois grupos focais, com profissionais e mães. *Grupo focal* é uma entrevista em grupo, com objetivos de captar as diferentes visões sobre um tema específico (VICTORA, 2000).

As entrevistas foram realizadas nos municípios do Rio de Janeiro e de Casimiro de Abreu (RJ). Estes municípios foram escolhidos por serem, à época da pesquisa, campos de estágio para alunos do Curso de Nutrição. No caso do município do Rio de Janeiro, foram selecionados uma unidade de atendimento primário e secundário e um posto de atendimento médico. No município de Casimiro de Abreu, as entrevistas foram realizadas em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF). Foram entrevistados médicos, enfermeiros, nutricionistas, agentes comunitários de saúde e mães de crianças menores de um ano. A amostra não foi definida previamente e se esgotou quando houve reincidência de informações (MINAYO, 2000).

Não foram incluídas crianças com má formação congênita, gêmeas, que necessitaram de internação hospitalar por um período superior a sete dias e cujo peso

de nascimento foi menor de 1.500g ou que tiveram outras intercorrências que pudessem comprometer a prática alimentar habitual, além de crianças em aleitamento materno exclusivo.

As entrevistas, todas gravadas e transcritas, foram realizadas entre agosto de 2005 e março de 2006, ocasião em que todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a realização das entrevistas, foram feitas as análises e sínteses, com a subsequente identificação dos fatores que dificultam a condução da alimentação adequada, tanto por parte das mães quanto dos profissionais, e construídas as categorias capazes de permitir a comparação entre o que é oferecido pelas mães e o que é orientado pelos profissionais. As categorias são:

- Alimentos ou preparações oferecidos pela mãe e orientados pelos profissionais;
- Período ou época em que foi oferecido o alimento (idade média da criança);
- Forma de preparo e utensílio utilizado na oferta dos alimentos ou preparações.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 25 mães de crianças de 0 a 12 meses de idade. A idade média das mães é de 22,4 anos, mediana de 20 anos e a das crianças é de 4,8 meses. Quanto à escolaridade das mães, identificamos 12 delas com ensino fundamental incompleto, sete com ensino médio completo, duas com ensino superior incom-

pleto e quatro cujo grau de instrução não se pôde especificar. Em relação à ocupação profissional, quatro entre as mães entrevistadas se encontram no mercado formal de trabalho, duas no mercado informal, três são estudantes e as demais estão desempregadas ou se denominaram sem ocupação.

Quanto aos profissionais de saúde, foram 20 os entrevistados, sendo cinco enfermeiros, uma visitadora sanitária, uma nutricionista, dois agentes de saúde, 11 médicos (oito pediatras, um clínico-geral, um neonatologista e um com formação em doenças infecto parasitárias - DIP).

No que diz respeito ao primeiro alimento a ser introduzido, a maior parte dos profissionais recomendou o oferecimento de suco de frutas ou hortaliças, seguido de papas de frutas, sopas e outros leites para crianças entre o terceiro e o sexto mês de vida.

“Com 3 meses eu já começo suquinho de frutas... quatro meses já misturo uma laranja com outra fruta... pra que com cinco, quatro meses e meio introduzir a sopinha de legumes.” – P1

“Inicialmente um suco de fruta... pra um bebê que mama [no peito]” Se não tiver leite [ordenhado], a gente vai optar por papa de fruta ou até leite artificial... uma criança que a mãe vai trabalhar com quatro meses”- P7

“Suco puro de laranja, suco de cenoura... bananinha amassada, maçã raspadinha, pêra raspadinha... suco de fruta quarto mês, sopinha seis meses ou um mês depois da introdução no caso cinco meses.” - P9

O suco de fruta não deve ser utilizado antes dos seis meses de vida para criança em aleitamento materno exclusivo, e não se constitui numa refeição, devido a sua baixa densidade calórica. É recomendado nas situações em que a ingestão da vitamina C esteja prejudicada, ou nas refeições salgadas, isenta de carne ou vísceras, para melhor absorção do ferro não-heme presente nos vegetais. Nestes casos, orienta-se a mãe para ingestão de 50 a 80 ml de suco rico em vitamina C, cinco minutos após a refeição, uma vez ao dia.

Em relação às mães entrevistadas, observa-se que existe uma preferência pelas fórmulas lácteas e pelo leite integral engrossado para as crianças menores de três meses de vida. O mingau (preparação à base de leite de vaca, açúcar e espessante de milho ou arroz) já tem lugar de destaque na alimentação das crianças.

“Tá tomando Ninho com Mucilon... com um mês” - M1

“Largou o peito com 3 meses, porque eu já estava dando Nan para ele.” - M2

“Mamadeira de Cremogema e creme de arroz... dei quando ele tava com quinze dias” - M23

Os achados coincidem com outros estudos já realizados. Oliveira (2005), pesquisando a alimentação de crianças menores de dois anos de idade em Salvador, aponta para a precoce substituição do leite materno pelo leite de vaca, particularmente o leite em pó integral, acrescido do espessante e açúcar de cana e pelo oferecimento precoce desses alimentos.

Em outro estudo, foi verificado que as mães sabem que devem amamentar até seis meses; porém, quando pensam em introduzir novos alimentos, não consideram a manutenção do aleitamento materno e sim a substituição do leite materno por outros alimentos (CASTRO, 2006).

Um fator agravante, relacionado à ingestão precoce de proteína do leite de vaca, diz respeito à maior permeabilidade do intestino imaturo no período neonatal e nos três primeiros meses de vida, levando à maior absorção de proteínas intactas, não digeridas e resposta imunológica aos antígenos presentes nestas fórmulas lácteas. Este mecanismo está associado ao fato de que muitas crianças desenvolvem intolerância ao leite de vaca, tanto pela proteína heteróloga, como também pela precocidade do seu uso. Isto justifica o fato de que o leite de vaca seja responsável por 20% das alergias alimentares (GIULIANI, 2000).

Outro problema causado pela ingestão de fórmulas lácteas seria o maior oferecimento desses alimentos no período pós-natal precoce, podendo gerar mecanismos hipotalâmicos responsáveis pelo comportamento alimentar, acarretando a elevação do consumo por toda a vida (SOUZA, 2003). Uma das vantagens do aleitamento materno é o favorecimento do autocontrole, o que permite que a criança se alimente com base no estímulo interno de fome e saciedade. O aumento de gordura do leite no decorrer da mamada é um dos mecanismos que contribuem para o controle do apetite e do volume ingerido. Já a compo-

sição da fórmula láctea é uniforme e não possibilita, portanto, esse efeito, podendo levar ao aumento da ingestão alimentar e, conseqüentemente, à predisposição à obesidade (EUCLYDES, 2005).

A utilização de fórmulas pode induzir hipercolesterolemia na fase adulta, associada ao desencadeamento de doença arterosclerótica. Por outro lado, crianças amamentadas com leite materno podem desenvolver a capacidade de controle do metabolismo de gordura e, desta forma, reduzir o risco de doenças cardiovasculares (McGILL, 1996).

Em síntese, em relação ao primeiro semestre de vida dos bebês, o discurso dos profissionais difere do discurso das mães quanto à alimentação, ou seja, os profissionais recomendam frutas e sucos e as mães optam preferencialmente pelas fórmulas lácteas.

Acreditamos que os gestores públicos devem atentar para estas questões e adotar estratégias como atividades de educação permanente para profissionais, com o objetivo de atualizar as recomendações e aprofundar temáticas relacionadas ao contexto social e cultural das famílias. Tais questões podem contribuir para uma abordagem mais ampla e cuidadosa, de forma a contribuir com mudanças na sua prática cotidiana no que diz respeito à adoção de práticas alimentares adequadas (VITOLLO, 2003).

No segundo semestre, ocorre uma semelhança entre as recomendações dos profissionais e a prática das mães:

“Comecei dando frutas amassadas e legumes também... de 5 para 6 meses” - M8

“Legumes e feijão ele come... suco de laranja... com quatro meses eu dei” - M13

“Eu inicio primeiro frutas, sucos e papinhas... próximo dos 6 meses, faltando 15 dias ... e aí o próximo passo é sopinha de legumes com 6 meses” - P18

“Com 3 meses eu já começo com suquinho de frutas, suquinho de laranja lima ... 4 meses já misturo uma laranja com outra frutinha... mamão, banana,... para que com 5 meses, 4 meses e meio introduzir a sopinha de legumes” - P1

Percebe-se claramente que alguns profissionais recomendam a prática do aleitamento materno predominante com a introdução de água, chás e sucos, tal qual a prática das mães.

“Eu acho que com esse calor isso também não é uma coisa muito rígida, às vezes a gente vê que há uma necessidade de um chazinho, suquinho, principalmente depois de um mês. - P11

Eu dei mamadeira quando ele estava com quinze dias ... já dei água, já dei chá.. porque a molera dela tava funda...minha mãe diz que quando tá funda é porque a criança tá com sede... e o chá é porque ele teve cólica.” - M23

Confirmando o que se apresenta na literatura, as mães entrevistadas oferecem chás aos seus filhos com o objetivo principal de utilizá-lo como medicação, e não como alimento. Culturalmente, o chá é visto como remédio para sanar problemas como cólicas, gases e sede nas crianças (VIEIRA, 2004).

A introdução dos alimentos complementares deve ser realizada a partir dos seis meses, com a adoção de três refeições ao dia, sendo uma papa de fruta e duas papas salgadas, preparadas com legumes, cereais ou tubérculos, carne ou víceras, feijões, mantendo-se o leite materno por até dois anos ou mais. No caso de criança desmamada, a introdução de novos alimentos deve-se dar a partir dos quatro meses, substituindo-se gradativamente a alimentação láctea pela complementar (BRASIL, 2002).

Neste estudo, verificamos que a introdução de preparações lácteas e papas, bem como o uso de chás, água e sucos ocorreram de forma precoce, privando a criança de receber, em maior quantidade, o leite materno. Tal fato contraria as orientações do Ministério da Saúde, que recomenda a manutenção do aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de vida, ou seja, sem o oferecimento de águas, chás ou sucos, pois estes aumentam os riscos de o bebê adoecer, além de substituir desfavoravelmente o volume do leite materno ingerido (BRASIL, 2002).

Se por um lado temos o problema da introdução precoce de alimento, por outro temos a questão da introdução tardia de determinados alimentos, que ocorre principalmente em relação a carnes e leguminosas.

“... do sétimo pra oitavo mês a gente começa a falar... botar pedacinhos de carne batido.”- P5

“... com 5 meses, 4 meses e meio introduzir a sopinha de legumes... até os seis meses ela não

come carne... seis meses eu começo a gema de ovo”- P8

“Feijão a partir do nono mês, eu mando dar não o feijão caroço, mas o caldinho” - P12

“Eu introduzo a papinha de feijão, passado na peneira posteriormente quando a criança já tá aceitando engolir os pedacinhos, e só amassadinho” – P16

A partir do momento em que a criança começa a receber qualquer outro alimento, a absorção de ferro do leite materno fica prejudicada. Desta forma, a introdução de carnes e vísceras, mesmo que pequena, é muito importante (BRASIL, 2002). A introdução tardia dos alimentos que são fonte de ferro pode comprometer os estoques de ferro, podendo levar ao quadro de anemia. Deve-se estar atento a esta questão, visto que as crianças demoram a se adaptar a novos sabores e consistências. Recomenda-se o uso de ferro profilático, até que a criança seja capaz de receber a alimentação da família, ou seja, completa.

Na abordagem da questão “como introduziu o alimento?”, verificamos a forma de preparo, a consistência e o utensílio utilizado. Observa-se, neste caso, tanto no discurso das mães quanto no discurso dos profissionais, o uso frequente do termo *sopa* e o uso de liquidificadores e peneiras para processar o alimento, bem como o oferecimento desses alimentos em mamadeira, contribuindo para a redução da densidade energética da refeição, comprometendo o estado nutricional da criança, podendo levar ao déficit do ganho de peso.

“sopa de batata baroa, abóbora e brócolis eu refoguei um pouquinho de alho... um pouquinho só de manteiga, bati no liquidificador e dei na mamadeira ... daí no dia seguinte já foi na colher, cuspiu mais que comia, até se acostumar” - M3

“dei sopinha de legumes, batata, cenoura e abóbora... eu cozinhei botei um pouquinho de sal, assim, cebola picadinha e botei no liquidificador.” - M12

“...uma papinha de legumes com batata, inhame, beterraba, batido no liquidificador e dando aos pouquinhos.” - P17A

A partir dos seis meses, a criança não apresenta mais o reflexo de protrusão da língua, facilitando a ingestão de semissólidos, e produz enzimas digestivas que facilitam a digestibilidade dos alimentos. Quando sentada, o pescoço não tomba mais, facilitando a alimentação oferecida com colher. Recomenda-se que a introdução de alimentos seja lenta e gradual, pois tanto a colher quanto os sabores são novos para a criança (BRASIL, 2002). Nesta fase, a criança está aprendendo a distinguir os sabores e a consistência. Por esta razão, os alimentos devem ser oferecidos separadamente, um a um, sendo totalmente contraindicado o uso do liquidificador. Os alimentos liquidificados não estimulam o ato da mastigação (BRASIL, 2002).

Além disso, deve-se estar atento a alguns alimentos, no caso os folhosos, como brócolis e outros, que devem ser combinados com alimentos pouco estimulantes do peristaltismo intestinal, para que não

ocasionem efeitos laxativos (ACCIOLY, 2005).

Dentre os motivos alegados pelas mães e profissionais para introdução desses alimentos, destacam-se o retorno ao mercado de trabalho, condição que priva as mães de estarem na companhia de seus filhos e oferecer o leite materno exclusivamente até os seis meses, o que leva consequentemente ao desmame precoce:

“Tá tomando leite Ninho com Mucilon... porque eu tenho que ir pro trabalho” - M1 [criança com um mês]

“Havia uma necessidade urgente de voltar a trabalhar... minha filha de 7 anos mamou no peito exclusivamente até 1 ano de idade. Eu queria o mesmo pra ele ... mas tive que voltar a trabalhar” - M3 [mãe introduziu alimentação com 4 meses]

“O próprio Ministério preconiza 6 meses, só que a paciente, depois do terceiro mês, tem que voltar a trabalhar... daí 3 meses vai para casa da avó, da creche, vai pra sogra...” P3

Em 1970, o percentual de mulheres participantes do PEA (População Economicamente Ativa) era de apenas 20,7%. Em 1990, o percentual chega a 40,4%. Mesmo a adoção de estratégias utilizadas pelas leis trabalhistas de proteção a mulheres grávidas e lactantes, tais como a garantia de emprego, licença-maternidade remunerada, creches e pausas para amamentar, como preconizadas pela OIT (Organização Internacional do Trabalho), não foram suficientes para a manutenção do aleitamento materno até os seis meses (REA, 1997).

Embora os profissionais tenham preocupação quanto ao tempo de retorno das mães às suas atividades profissionais, pouco se fala na condução do aleitamento materno na sua forma complementar. Uma outra dificuldade foi descrita pelas mães com os seguintes detalhes: falta de apoio à manutenção do aleitamento materno exclusivo, falta de informação a respeito desse aleitamento, desconhecimento de como lidar com situações como as recorrências relacionadas à mama puerperal e a questão do *leite fraco*.

“Meu peito ficou muito ferido e agora que... que ele tá melhor, secou o leite, não tá saindo o suficiente.” - M2

“Porque eu num tava me alimentando muito bem, então o leite tava fraco pra ele ... porque ele chorava, chorava... eu dava o peito e continuava chorando. Fui e dei a mamadeira” - M23

“A mãe não queria dar o peito de jeito nenhum ... tinha resistência, acabava que não pegava que o leite era fraco. Começou a dar a mamadeira sabe uma coisa horrível” - P2se

“Porque a maioria chega se queixando que o bebê não quer mamar porque ou não tem leite porque o leite é fraco” - P7

Essas intercorrências podem ser evitadas ou minimizadas com a adoção de medidas de apoio e de esclarecimento, que podem acontecer tanto no pré-natal quanto no acolhimento após o parto, quando a mãe leva pela primeira vez seu filho à unidade de saúde. A falta de orientação e de apoio causa na mulher um sofrimento físico, que poderia ser evitado com medi-

das preventivas ou curativas (RAMOS, 2003).

É importante ressaltar que se faz necessário priorizar a capacitação dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno. A atitude de estímulo e orientação desses profissionais em relação ao aleitamento materno pode contribuir para melhorias nas taxas de adesão ao aleitamento materno e, conseqüentemente, ampliação do tempo de oferta deste à criança (OLIVEIRA, 2005). Santiago (2003) verificou que as mães que eram acompanhadas por pediatras sem treinamento tiveram maior dificuldade em manter o aleitamento materno exclusivo, em comparação às mães que foram acompanhadas por pediatras ou equipes multidisciplinares treinados. Esses dados mostram a necessidade de formação mais ampla e continuada para profissionais da área da saúde.

No que tange à questão do desmame, investigou-se que, até o final dos anos 70, a indústria construiu elementos culturais de valorização do leite em pó, incutidos na sociedade brasileira por estratégias voltadas para os que detinham o poder de prescrever o regime alimentar do lactente: o pediatra (ALMEIDA, 2004). Esta cultura do leite pode explicar, em parte, a crença do *leite fraco* que imperava entre mulheres nos anos 60 e 70, época em que a taxa de aleitamento materno era baixa e não havia significativa preocupação com aleitamento materno exclusivo (SUSIN et.al., 2005).

No nosso estudo, observou-se que a influência das avós contribuiu para introdução precoce dos alimentos.

“Eu dei mamadeira quando ele estava com quinze dias... já dei água, já dei chá... minha mãe pegou e falou que ele tava com fome ... eu fui e dei a mamadeira” – M23

“Só chazinho ... tinha um mês e meio... a mãe [avó] que fala” - M24

Os profissionais ratificam esta influência:

“Porque muitas delas já vem com ideias preconcebidas de familiares: ‘minha mãe não conseguiu amamentar, minha vó também não’” – P13

“E a influência que tem de avô de avó... essa influência é muito grande” – P9

Um estudo sobre a influência das avós confirmou a suspeita de que as avós podem influenciar negativamente a duração do aleitamento. Independentemente de raça, escolaridade, classe social, número de filhos, intervenção ou não-intervenção na maternidade, as nutrizes que mantêm contato diário com suas próprias mães revelaram maior propensão em interromper o aleitamento materno nos primeiros seis meses após o nascimento da criança (SUSIN et al., 2005).

Entretanto, um estudo feito por Haselmann (2006) analisou a questão do apoio social como fator de proteção para o desmame precoce, demonstrando a importância do afeto, da informação e da interação social positiva por parte de familiares e amigos, para o sucesso do aleitamento materno.

Devido à importância da influência da família e dos amigos que convivem com a nutriz, é necessária a adoção de mecanismos de apoio mais eficientes, de modo que a participação dos familiares seja mais positiva, visto que o cansaço e a falta de apoio social, bem como a sobrecarga da amamentação, são causas frequentes apresentadas para justificar o desmame, podendo levar a práticas alimentares inadequadas (RAMOS, 2003).

Considerações Finais

A alimentação no primeiro ano de vida tem sido tema de estudo nos últimos anos. Este fato pode estar relacionado à importância que a alimentação nessa fase da vida tem apresentado em relação a sua capacidade de proteger ou se tornar fator de risco para o aparecimento de doenças crônicas não-transmissíveis, obesidade, alergias e outras.

Os resultados apontam para a dificuldade de alguns profissionais de saúde para orientar a introdução de novos alimentos, manutenção de sopas liquidificadas, uso de sucos como refeição e dificuldades no manejo do aleitamento concomitante ao trabalho materno. Por outro lado, pudemos perceber as dificuldades, por parte das mães, em seguir as recomendações preconizadas. Diante deste quadro, faz-se necessário sugerir a criação de espaços educativos nos serviços, para que profissionais possam ouvir as experiências dos pais e/ou respon-

sáveis e refletir sobre a realidade, problematizando as recomendações preconizadas. É importante que os usuários

sintam os profissionais como parceiros, com os quais possam se sentir acolhidos e ouvidos.

Referências

- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA E.M.A. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, v. 80, supl 5, p. 119-25, 2004.
- BOOG, M. C. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Revista Nutrição de Campinas*, v. 12, n. 3, p. 261-272, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável: Guia Alimentar para Menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BUENO, M. B.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1.453-1.460, 2003.
- CASTRO, L. M. C. *et al.* Concepções de mães sobre alimentação da criança pequena e a introdução de alimentos complementares. 2006. Mimeo.
- EUCLYDES, M. P. *Nutrição do lactente: base científica para alimentação saudável*. Viçosa: Suprema, 2005.
- GIULIANI, E. R. J.; VICTORIA, C. G. Alimentação complementar. *Jornal de Pediatria*, v. 76, supl. 3, p. 253-261, 2000.
- HASSELMANN, M. H.; HASSAN, B. K.; FLOR, R. B. Situação de aleitamento materno no primeiro mês de vida: um olhar sobre o apoio social. In: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA UERJ, 15. 2006. *Anais...* Rio de Janeiro: UERJ. (Resumo 194).
- LIMA, G. M. S. L. Métodos especiais de alimentação: copinho, relactação e translactação. In: REGO, J. D. *Aleitamento Materno* 2 ed. 2006, p. 319-28.
- McGILL, H. C. *et al.* Early determinants of adult metabolic regulation: effects of infant nutrition on adult lipid and lipoprotein metabolism. *Nutr Rev*, v. 54, supl. 2, p. 31-40, 1996.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MINTZ, S. W. Comida e Antropologia; uma breve revisão. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 16, n. 47, p. 31-41, 2001.
- OLIVEIRA L. P. M. *et al.* Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Revista de Nutrição de Campinas*, v. 18, n. 4, p. 459-469, 2005.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Principios de Orientacion para la Alimentacion del Nino Amamentado. Washington DC: OPAS, 2003.
- RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.
- RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do Comportamento Alimentar Infantil. *Jornal de Pediatria*, v. 73, supl.3, p. 229-237, 2000.
- REA, M. F. *et al.* Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres formais. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, 1997.
- SANTIAGO, L. B. *et al.* Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 6, p. 504-512, 2003.

SOUZA, S. L.; CASTRO, R. M.; NOGUEIRA, M. I. Comportamento alimentar neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 3, n.3, p. 241-246, 2003.

SUSIN, L. O. R.; GIULIANI, E. R. J.; KRUMMER, S. C. Influência as avós na prática do aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005.

TERUYA, K.; BUENO, L. G. S.; SERVA, V. Manejo da Lactação. In: REGO, J. D. *Aleitamento Materno*. 2 ed. 2006. p. 137-157.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma*

introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, G. O. *et al.* Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não-amamentadas. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 5, p. 411-416, 2004.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A. Introdução precoce de alimentos de baixo valor nutricional na primeira infância. Estudo de campo randomizado. *Nutrição e Pediatria*, p. 13-17, 2004.

VITOLO, M. R. *Nutrição da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

Recebido em: 04/8/2009

Aprovado em: 25/9/2009

