

A influência da família na alimentação complementar: relato de experiências

The influence of family in complementary feeding: reporting experiences

Jenifer Andreia Nascimento de Oliveira¹
Ana Maria Miranda de Araújo¹
Caroline Schilling Soares²
Janete dos Reis Coimbra²

¹Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Belo Horizonte-MG, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Assistência/ Coordenação de Reabilitação e NASF. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*
Jenifer Andreia Nascimento de Oliveira
E-mail: jennynutri4@pbh.gov.br

Resumo

A introdução da alimentação complementar adequada em tempo oportuno é desafiadora para os profissionais de saúde no contexto da Atenção Primária. A Organização Mundial da Saúde preconiza a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e o aleitamento materno inserido na alimentação complementar até dois anos ou mais. O nutricionista, enquanto membro da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem papel fundamental nos aspectos nutricionais das crianças de zero a dois anos e deve conhecer o comportamento alimentar da família para identificar hábitos e atuar no âmbito familiar. O objetivo deste estudo é problematizar a influência do comportamento familiar na introdução da alimentação complementar da criança e suas consequências no desenvolvimento infantil, através do relato de duas experiências de casos de crianças menores de dois anos atendidas por nutricionistas do NASF. No primeiro caso, observou-se a dificuldade de introdução da alimentação complementar, em função de hábitos alimentares construídos ao longo do tempo pela família, acarretando baixo-peso na criança. Já no segundo caso, evidenciaram-se o desmame precoce e a introdução também precoce e em grande quantidade de leite de vaca, devido a conceitos atribuídos pela mãe a respeito de um padrão alimentar infantil saudável, o que causou constipação intestinal na criança. Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde, a mudança de hábitos alimentares é uma tarefa desafiadora. Conclui-se que o manejo da alimentação infantil é fortemente influenciado pelo contexto familiar e ambiental, sendo relevante considerar esses fatores na abordagem nutricional de mães de lactentes.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar; Antropologia, Aleitamento Materno; Alimentação Complementar; Estratégia Saúde da Família; Desmame Precoce.

Abstract

The introduction of timely appropriate complementary feeding is challenging for health professionals in the context of primary care. The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding until the sixth month of life and breastfeeding inserted in complementary foods up to two years or more. The nutritionist, as a member of the Family Health Supporting Center (NASF), plays a key role in the nutritional aspects of children 0-2 years and should know the family eating behavior to identify habits and work with the family. This study aimed to discuss the influence of family behavior in the introduction of complementary feeding for children and their consequences on child development, through the report of two cases of experiences of children under two years of age treated by NASF's nutritionists. In the first case, it was difficult to introduce complementary feeding, due to eating habits built over time by the family, leading to low birthweight in children. The second case showed early weaning and the early introduction in large quantities of cow's milk, due to concepts assigned by the mother about children's healthy eating pattern, which caused constipation in children. Although the implications for health are widely known, changing eating habits is a challenging task. We conclude that the management of infant feeding is strongly influenced by family and environmental contexts, and considering these factors is relevant in the nutritional approach to mothers.

Key words: Feeding Behavior; Anthropology; Breast Feeding; Supplementary Feeding; Family Health Strategy; Weaning.

INTRODUÇÃO

A introdução da alimentação complementar adequada em tempo oportuno é uma questão desafiadora para os profissionais de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida; após este período, a introdução de novos alimentos deve ser realizada, uma vez que o leite materno não mais fornece todos os nutrientes necessários para o crescimento saudável da criança.¹

Para a seleção dos alimentos a serem oferecidos na alimentação complementar, as mães baseiam suas escolhas de acordo com aspectos culturais, sociais e subjetivos próprios ou do seu entorno. Além disso, a mídia também possui papel importante como norteadora da alimentação infantil. Várias são as propagandas que alegam serem ricas em vitaminas, minerais e energia os

alimentos ultraprocessados, contudo são desconsiderados ingredientes como conservantes, corantes, acidulantes, que são maléficos à saúde.²

Neste contexto, os hábitos alimentares das famílias, os saberes e a dimensão afetiva dos pais irão, aos poucos, modulando o paladar e as preferências alimentares da criança, ensinando-lhe a gostar daquilo que aprendeu a comer.³⁻⁵ Para a maioria dos pais, a alimentação oferecida a seus filhos é a que possui alta qualidade nutricional, além de serem muito palatáveis. Contudo, estudos mostram a utilização frequente e precoce de alimentos não indicados para a faixa etária, como os ricos em sódio e gordura. Como resultado desta alimentação, crianças têm apresentado doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idades cada vez mais tenras e a incidência de casos é crescente. Cerca de 35% das crianças brasileiras possuem sobrepeso/obesidade, e de cada três crianças nesta situação, uma se tornará um adulto obeso.⁶ Neste processo, o incentivo à construção de hábitos alimentares e a adoção de novas práticas impõem a necessidade de um olhar ampliado a partir de diferentes perspectivas disciplinares, por ser multifacetado o processo alimentar.^{7,8}

A APS possui grande relevância no incentivo desse processo de mudança, pois as consultas de puericultura são normalmente realizadas neste nível de atenção à saúde, o que faz com que mãe e bebê tenham vários encontros com profissionais de saúde. Mas é visto que a orientação da alimentação complementar nem sempre é realizada de forma centrada na pessoa, considerando seus desejos, dificuldades e contexto de vida, e muitas vezes, orientações alimentares são realizadas superficialmente. Dentre toda a equipe multiprofissional da APS, os médicos e os enfermeiros são os profissionais de referência para às crianças e suas famílias nas consultas de puericultura. Outros profissionais são solicitados somente em casos que necessitem de cuidado especializado.⁹

Exemplos disto é o profissional nutricionista, que está inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por diferentes categorias que atuam de forma integrada e apoiam os profissionais das Equipes de Saúde da Família. O nutricionista atua no âmbito familiar, considerando as questões socioeconômicas, culturais e comportamentais, com foco na promoção da alimentação saudável e prevenção de deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade¹⁰⁻¹³ E, no sentido do cuidado da alimentação dessas crianças, o conhecimento do comportamento alimentar da família possibilita identificar hábitos e atuar no âmbito familiar.⁷

Para muitos profissionais de saúde, pode ser desafiador compreender a influência das atitudes, crenças, valores e práticas nos hábitos alimentares dos indivíduos e comunidades. A composição do NASF, com saberes técnicos que se complementam, pode favorecer a discussão numa perspectiva biopsicossocial. Neste sentido, a presença de profissionais como psicólogos e assistentes sociais nas equipes enriquece a análise dos casos e amplia o olhar do nutricionista com contribuições das ciências humanas e sociais.

Em geral, os estudos na nutrição expressam a hegemonia do paradigma biomédico que, por sua vez, se manifesta nas práticas em saúde predominantes. Estas expressam uma visão de mundo, na lógica das ciências naturais, o que limita epistemologicamente o reconhecimento da totalidade da alimentação como um ato cultural e social.¹⁴ Assim, a questão dos hábitos alimentares deve ser entendida no conjunto de práticas dos diferentes grupos sociais, com o cuidado de não os particularizar nem os isolar dos determinantes de ordem socioeconômica e de natureza ideológica da sociedade.¹⁵

A aproximação entre Antropologia e Nutrição permite ao nutricionista ampliar a compreensão sobre aspectos socioculturais que perpassam seu trabalho junto ao público atendido na APS. Segundo Canesqui & Garcia,⁴ o modo de alimentar sempre ultrapassa o ato de comer em si e se articula com outras dimensões sociais e com a identidade. A busca, a seleção, o consumo e a proibição de certos alimentos existem em todos os grupos sociais e são norteados por regras sociais diversas, carregadas de significações. Neste sentido, Braga¹⁶ afirma que “comer não é apenas uma mera atividade biológica. Do mesmo modo, suas razões não são estritamente econômicas e a comida e o comer são, acima de tudo, fenômenos sociais e culturais. Essa compreensão é fundamental na análise das práticas alimentares adotadas pelas famílias.”⁴

No campo teórico da alimentação e nutrição, existe um distanciamento dos nutricionistas, desde sua formação, das questões alimentares reais das pessoas e do ato humano de se alimentar, ato este saturado de sentido e que vai muito além da proposta de prevenção de doenças.¹⁴ Segundo Minayo,¹⁷ a importância da Antropologia para a compreensão dos aspectos relacionados à saúde é incontestável, e qualquer ação de prevenção, tratamento ou de planejamento de saúde necessita levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população. A Antropologia auxilia na compreensão da realidade do sujeito, fazendo a interface entre as ciências sociais e da saúde, contribuindo assim na abordagem do indivíduo e da família pelo profissional de saúde.

Neste sentido, Contreras & Gracia afirmam que há necessidade de constante diálogo entre Antropologia, Sociologia, Nutrição, Gastronomia, entre outras disciplinas, que se dedicam à alimentação humana.¹⁸ Um princípio fundamental na proposta de uma abordagem multidisciplinar da alimentação e nutrição é o de que as escolhas e práticas alimentares humanas são norteadas pelas interações entre os mais diversos fatores, que não se encontram limitados a aspectos estritamente nutricionais ou, em última instância, biológicos.¹⁹

Este trabalho tem como objetivo problematizar a influência do comportamento familiar na introdução da alimentação complementar da criança e suas consequências no desenvolvimento infantil, através do relato de duas experiências de casos de crianças menores de dois anos atendidas por profissionais do NASF. Não pretende esgotar a temática, mas visa sinalizar para alguns aspectos que podem estar envolvidos e serem abordados na prática profissional de apoio às mães e aos familiares de lactentes menores de dois anos.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, observacional, de dois casos acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) com o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), na rede SUS de Belo Horizonte, Minas Gerais, em áreas de elevado risco.

O município de Belo Horizonte conta com 149 UBS, 585 ESF e 58 equipes de NASF divididos em nove distritos sanitários (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), com a classificação de risco baseada no IVS (Índice de Vulnerabilidade à Saúde). Esse índice foi criado em 1998, precedendo a implantação das ESF em 2002, e revisado em 2003, a partir das informações do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2004. Seu cálculo considera indicadores de base populacional, tais como moradia e renda, como indicadores da saúde. De acordo com este índice, as áreas são classificadas em baixo risco, médio risco, elevado risco e muito elevado risco. Como expressa um atributo negativo – a vulnerabilidade da saúde de uma população –, quanto maior seu valor, mais vulnerável é a população para adoecer e morrer.²⁰

Os casos abordados foram discutidos e encaminhados através da reunião de matriciamento realizada mensalmente com as equipes de referência. Os dados apresentados se referem ao acompanhamento realizado no ano de 2014 até o primeiro semestre de 2015. Foi realizado levantamento das informações secundárias registradas em prontuário eletrônico, assim como dos demais documentos produzidos utilizados no processo de trabalho do NASF (resumo do caso, história de vida, genograma familiar, Projeto Terapêutico Singular, evoluções dos atendimentos ambulatoriais e domiciliares).

Por fim, estas informações foram compiladas e confrontadas, de modo a evidenciar a intercessão da experiência de cada profissional na condução do caso e entre evolução dos mesmos no período da intervenção. Ambos os casos ilustram o manejo familiar e profissional da introdução complementar de alimentos a crianças menores de dois anos e os elementos culturais que permeiam os significados atribuídos pelo saber popular das famílias e pelo saber técnico profissional da área de saúde.

Relato de Experiências

Caso 1

Criança pré termo (36 semanas) encaminhada ao NASF com um ano e dez meses pela ESF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Belo Horizonte, após relato da mãe de dificuldade com a alimentação complementar durante as consultas de puericultura. Tal unidade está localizada em uma área de elevado risco da regional Centro-Sul da cidade, assistindo a

uma população pertinente a uma comunidade denominada Vila Novo São Lucas, integrante do aglomerado da Serra. A família é acompanhada pela equipe do NASF desde 2013, a partir do diagnóstico clínico de tuberculose do tio da criança em questão.

A mãe é adolescente e teve convulsão na gestação. Durante as consultas com a ESF, a mesma recebeu orientações sobre aleitamento materno e alimentação complementar. Em ultrassom transfontanela^{*a21} da criança ao nascimento foi evidenciada hipomielinização,^{**b22} sendo realizado acompanhamento com neurologista por dois meses, quando apresentou resultado de exame de imagem normal. Durante o primeiro ano de vida, a criança era atendida com frequência no centro de saúde, em função de diversos episódios de quadro respiratório (tosse, chiado e gripe), além de ganho de peso insuficiente. De acordo com as consultas, a criança apresentou desenvolvimento neuropsicomotor adequado no período.

Na primeira consulta de nutrição, a mãe conta que a criança cospe os alimentos em qualquer consistência. Aceita bem apenas o leite materno. O lactente mora com a avó e oito tios. Sete são crianças ou adolescentes e um recebe benefício da previdência por incapacidade para o trabalho. A família recebe também auxílio do Programa Bolsa Família^{***c23} referente a quatro menores. A rotina alimentar da família evidenciou baixo fracionamento, irregularidade de horário para as refeições e variedade alimentar reduzida. A antropometria da criança mostrou manutenção do peso em relação à última consulta de puericultura. A mãe referiu perda de 2kg nos últimos meses e que tem acordado de madrugada com fome por não se alimentar a noite. Durante a consulta, chamou atenção o fato de a criança demandar o seio materno constantemente e a mãe ceder a todos os apelos da criança. Em reunião de matriciamento, foi levantada a importância de informações acerca do contexto familiar e pactuada uma visita, além de avaliação da criança pela fonoaudióloga, para avaliar a deglutição da criança. Em conversa com a mãe, a fonoaudióloga identificou que a criança estava dormindo muitas horas à tarde e pouco à noite, sendo amamentada várias vezes durante a madrugada. Além disso, foi identificado o desejo da mãe de trabalhar e

* ^a O exame de ultrassonografia transfontanela é realizado através da fontanela (moleira) anterior do bebê e é utilizado para identificar lesões nas estruturas cerebrais associadas a posterior morbidade neurológica, como hemorragia ou má-formação.

** ^b O termo “hipomielinização” corresponde à deficiência na produção de mielina do sistema nervoso central ou periférico, que pode causar manifestações neurológicas como atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, hipotonia, epilepsia, dismorfismos, dentre outras.

*** ^c O Programa Bolsa Família, instituído pela Lei no10.836/2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004, é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza no Brasil, com renda familiar per capita inferior a 77 reais mensais. O Bolsa Família possui três eixos principais: a transferência de renda que promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades que reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares que objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade. Todos os meses, o governo federal deposita uma quantia para as famílias que fazem parte do programa e o valor repassado depende do tamanho da família, da idade dos seus membros e da sua renda.

suas dificuldades por falar muito baixo, devido a timidez. Esta relata que havia conseguido uma oportunidade recentemente, mas tinha medo de perder pela situação referida.

Em visita ao domicílio, a nutricionista conversou com a matriarca sobre sua história de vida e ela contou sobre o início da sua vida conjugal. Seu companheiro era carvoeiro e mudava constantemente entre os municípios de Minas Gerais, devido ao trabalho, tendo hábito de vida nômade. Com isso, tanto ela quanto as crianças tinham rotinas muito irregulares, incluindo alimentação, sono e acesso aos cuidados básicos de saúde. Três dos filhos gerados faleceram com menos de dois anos. O marido faleceu jovem e a matriarca se viu sozinha para criar os filhos, fixando-se em Belo Horizonte. Atualmente esta se dedica aos cuidados do filho acompanhado pelo Centro de Referência em Saúde Mental, que, segundo ela, possui pouca autonomia. Assim, a matriarca tem dificuldade na organização da rotina familiar.

Na casa não foi identificada mesa para realização das refeições e os presentes relataram que não tinham o costume de realizar nenhuma das refeições juntos. A mãe da criança relatou que é muito comum ela se esquecer de comer e acordar com fome. Assim, foi construído o genograma^{****d10} familiar, que permitiu um melhor entendimento das diferentes rotinas dos integrantes.

No decorrer do acompanhamento, foram levantadas como possibilidades para o Projeto Terapêutico da Família prover suporte para fixação no novo emprego para a mãe do lactente, o que reduziria o uso do seio materno como consolo pela criança e traria benefícios para o estado nutricional materno e para a renda familiar; a inscrição da criança em uma Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI), com o objetivo de proporcionar a socialização da criança em questão com outras crianças e a possibilidade de estabelecer uma rotina alimentar, estimulando a experimentação de alimentos em diferentes consistências; além da organização de uma rotina de sono adequada a suas atividades para mãe e filho.

Caso 2

Criança, sexo feminino, um ano e dois meses encaminhada pela ESF para a nutricionista do NASF, devido a quadro de constipação intestinal. A UBS da referida usuária se localiza na regional Norte de Belo Horizonte, em uma área de elevado risco. A criança iniciou acompanhamento nutricional no início do ano de 2015.

Criança hígida, ausente de comorbidades, desenvolvimento neuropsicomotor compatível com a idade. Em exame físico constatou-se eutrofia, com peso ideal para sua idade. Histórico alimentar

****d O genograma é um instrumento clínico que permite a visualização rápida e abrangente da estrutura familiar, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade, constituindo um mapa relacional em que são registrados dados relevantes ao caso.

da criança relatava desmame precoce, aos 30 dias de vida, uma vez que a mãe alegou ter produzido leite em quantidades insatisfatórias, sendo então introduzida fórmula alimentar láctea. Aos cinco meses de vida, foram introduzidas na alimentação da criança papas doces, e aos seis meses, almoço e jantar. Na mesma época da introdução alimentar, a criança iniciou o consumo de leite de vaca. Contudo, o padrão de alimentação da criança permaneceu praticamente inalterado até a idade de um ano e dois meses, sendo oferecidas cinco mamadeiras com 200 ml de leite com farinha láctea diariamente para a criança.

Uma semana antes da consulta, a criança começara a frequentar uma creche em tempo integral, em que era oferecida toda a alimentação para as crianças, com exceção do jantar. O cardápio constava de dois lanches com frutas, um lanche com pão ou bolo e uma mamadeira com leite puro. Já o almoço continha arroz, feijão, carne e hortaliças cruas e cozidas. Dessa forma, a criança, no dia da consulta, já havia apresentado melhora no quadro da obstipação intestinal e já estava evacuando diariamente fezes pastosas e lisas.

A mãe referia ser solteira e possuir mais cinco filhos, todos morando na mesma casa. A criança não recebia pensão do pai, este somente auxiliava na compra do leite e das fraldas. A família como um todo vivia em condições de insegurança alimentar, e a presença de frutas, legumes e verduras na alimentação não era frequente. Mas o consumo de biscoitos, leite integral, pães, farinha láctea e sucos artificiais era frequente.

A intervenção da nutricionista foi focada na introdução de frutas, legumes e verduras e na adequação no número de porções lácteas, além da diminuição da densidade calórica destas. Cabe lembrar que as orientações prestadas seriam aplicadas principalmente nos finais de semana, uma vez que a alimentação oferecida na creche era balanceada.

A criança fazia consultas regulares com a equipe de enfermagem e com o médico pediatra. E a mãe acreditava que ao oferecer várias porções de leite ao dia estaria oferecendo uma alimentação equilibrada e nutritiva para a sua criança.

DISCUSSÃO

O comportamento alimentar infantil, desde a amamentação até a alimentação cotidiana da família, não é determinada apenas pelas necessidades biológicas da criança, mas pela sua interação com o alimento, por fatores emocionais, socioeconômicos e culturais, e pelo aprendizado e experiências da família.²⁴ O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares e o envolvimento cultural podem ter grande influência na alimentação e nas preferências alimentares e por isso, a família tem papel decisivo no aprendizado de hábitos socialmente aceitos, na formação de novos hábitos, na ingestão alimentar e na formação de um padrão de comportamento alimentar.²⁵⁻²⁸

Do ponto de vista biológico, o leite materno é uma combinação única de ingredientes e apresenta menor densidade energética e maior teor de carboidratos em relação ao leite de outros mamíferos. Usando como comparação a composição do leite de vaca, que é a base usada no preparo da maioria das fórmulas infantis, são identificadas quantidades insuficientes de vitamina E, ferro e ácidos graxos essenciais e quantidades excessivas de calorias, proteínas, potássio e sódio. Por isso, crianças com introdução precoce ao leite de vaca estão mais propensas a apresentar anemia e outras carências nutricionais, risco de desidratação, infecções do trato gastrointestinal, constipação intestinal, maior ganho de peso (que pode predispor à obesidade), resistência à insulina (podendo predispor a diabetes) e menor desenvolvimento cognitivo.^{25,26,29-32}

Em relação à constipação, vários são os fatores que estão relacionados como: constitucionais, hereditários, alimentares e psicológicos ou emocionais, associados ou não a um distúrbio da motilidade intestinal.³²⁻³⁵ Vários são os estudos que mostraram que constipação ocorre com elevada frequência na população pediátrica. Estudo realizado com crianças até os dois anos em São Paulo mostrou que a constipação foi mais frequente entre 6-24 meses (38,8%) do que nos primeiros seis meses de vida (15,1%), e o aleitamento artificial apresentou 4,5 vezes mais chance de o lactente apresentar constipação em relação ao aleitamento natural predominante.

A frequência de evacuações em lactentes em aleitamento natural é maior do que a dos em aleitamento artificial. A motilina, presente no leite materno, pode ser um dos responsáveis pela diferença no hábito intestinal. Outro aspecto relaciona-se com a boa digestibilidade dos lipídeos do leite humano em relação às fórmulas, o que favorece a formação de fezes menos consistentes. O aleitamento natural deve ser considerado como um fator de proteção contra o desenvolvimento de constipação.³²

Outro fator da dieta que pode influenciar no desenvolvimento de constipação no lactente é o teor de fibra alimentar nos alimentos de desmame e da introdução da alimentação complementar.^{32,33} O caso 2 mostrou que a introdução inadequada da alimentação complementar com pouca variedade (excesso de leite de vaca com farinha láctea) associada à baixa ingestão de fibras e ao desmame precoce provocou um distúrbio nutricional na criança, a constipação intestinal.²⁴ Já a introdução tardia de alimentos complementares ao leite materno pode acarretar desenvolvimento físico e cognitivo deficitários na criança. Suas necessidades nutricionais serão atendidas com uma alimentação variada e em quantidade suficiente, sendo o aleitamento materno um dos vários alimentos que a criança consumirá. Este fato ocorreu com a criança do caso 1.

Neste sentido, os relatos de casos apresentados retratam alguns dos desvios nutricionais ocasionados a partir da introdução da alimentação complementar, seja pelo aleitamento exclusivo por tempo prolongado, adiando a introdução de outros alimentos, seja pelo desmame precoce, com a substituição do leite materno por leite de vaca em vários horários, com repercussões no ritmo intestinal da criança. Ocasionalmente, além dos prejuízos nutricionais, problemas sociais, como

o da mãe do primeiro caso, em que a fixação em um emprego estava em xeque, em parte pela demanda nutricional e afetiva do filho.

Para o entendimento dos casos e para a melhor abordagem dos mesmos, verificou-se a importância das ciências humanas, com destaque para a Antropologia, para subsidiar as ações de apoio ao cuidado em saúde com a família, desde a primeira infância, procurando compreender o sujeito, a família e seu contexto social e cultural, oferecendo instrumentos para sua apreensão.¹⁶

Na sociedade, a mãe é vista como a pessoa que alimenta a criança, permitindo seu crescimento e desenvolvimento.³⁶ Estudos mostram, em paralelo, que a decisão pela amamentação e desmame pode ser sentida como um processo pessoal, culposos, solitário e simbólico. O desmame pode significar, para as mães, um distanciamento da criança, um sentimento de abandono do próprio filho e a criação de um “espaço” entre ela e a criança, a ser preenchido por outros cuidadores. A experiência de separação entre a mãe e o bebê, sentida por ocasião do desmame, provoca, na mulher, não só a vivência de um conflito e sentimento de culpa e angústia, bem como a sensação de perda simbólica do filho. Simbolicamente, o ato de amamentar reafirma o dever e a responsabilidade moral maternos, revelando-se “condição emblemática para ser uma boa mãe”.³⁷

Em estudo realizado por Rotenberg & de Vargas,³⁸ a experiência da amamentação para as mães foi percebida como única em relação a cada filho e como um processo compreendendo dois momentos críticos: o início e o término, ou seja, o estabelecimento da amamentação e o desmame total. Ambos os momentos requerem estruturas de apoio e informação, sendo cruciais para a saúde da mulher e da criança. Assim, os serviços e profissionais de saúde, a partir da atenção no pré-natal, parto, puerpério e puericultura, exercem papel importante na informação e apoio às mulheres.^{27,37}

Corroborando a literatura, o relato do caso 1 demonstra a dificuldade da mãe em estabelecer o desmame gradual e concomitante introdução da alimentação complementar. Apesar do cuidado e preocupação da mãe, esse comportamento estava prejudicando o ganho de peso da criança e o estado nutricional e rotina materna.

A relação mãe-filho e alimento vai além da nutrição e está inserida em uma dimensão afetiva, de estímulo, de busca ou não de autonomia e de socialização. Porém, na ânsia de que a criança fique alimentada, algumas mães apresentam dificuldades no manejo da alimentação, conforme relatado nos dois casos apresentados, e precisam ser apoiadas.²⁷ Em ambos os casos, a mãe acreditava que aquela prática alimentar oferecida à criança era a melhor opção para o crescimento e desenvolvimento da mesma, não percebendo que a forma de introdução da alimentação complementar estava se refletindo em desvios nutricionais como o baixo-peso e a constipação intestinal.

Alguns estudos mostraram que a decisão materna sobre o tipo de alimentação a ser oferecido para o lactente é influenciada fortemente pelo parceiro, familiares ou amigos.³⁸⁻⁴⁰ Nos casos apresentados, os hábitos alimentares da família, marcados pela alimentação não variada e a

falta de costume de realizar as refeições juntos, influenciaram na alimentação das crianças. Para Bourdieu,⁴¹ o *habitus* remete a comportamentos referenciados por um sistema de pertença socialmente estabelecido, conferindo identidade a um sujeito ou grupo social. Este depende de um processo histórico para se manifestar no presente ou se modificar no futuro. Tal conceito permite a compreensão dos aspectos trazidos nos relatos, quando se pensa na questão das crenças e práticas das famílias no cuidado aos lactentes.⁴¹

Setton⁴² defende que o processo de socialização na modernidade pode ser considerado um espaço plural de múltiplas relações sociais, um campo estruturado pelas relações dinâmicas entre instituições e agentes sociais distintamente posicionados em função de sua visibilidade e recursos disponíveis. Salienta que a relação de interdependência entre as instâncias e agentes da socialização é uma forma de afirmar que as relações estabelecidas entre eles podem ser de aliados ou de adversários. Podem ser relações de continuidade ou de ruptura. Podem, pois, determinar uma gama variada e heterogênea de experiências singulares de socialização”. Nesse cenário, temos as instituições, família, creche, unidade de saúde, como elementos desse processo de socialização dos sujeitos inseridos nas comunidades de que fazem parte. O modo como essa relação se desdobra influencia nos hábitos alimentares e demais componentes do processo de socialização.⁴²

Nesses relatos de caso, o baixo-peso e a constipação foram abordados segundo a dinâmica familiar e considerando os valores e hábitos construídos acerca da alimentação visando à ressignificação, bem como os recursos disponíveis das famílias e do território. Percebeu-se com isso melhora da condição clínico-nutricional e da organização da rotina familiar, bem como do sentimento de dignidade e condições de vida e trabalho. A introdução da alimentação complementar atuou nesse sentido, como um disparador de outros processos da família, da visão de si e do seu entorno.

Nesse sentido, para entender e operar com o emaranhado de relações que estão presentes no processo saúde-doença, é necessário que a tradição da Saúde Coletiva se abra para o diálogo com outros campos de saber, cujos instrumentais podem auxiliar na abordagem das questões relativas ao contexto histórico-cultural, as condições sociais e subjetivas dos sujeitos coletivos. Tais saberes contribuem para a compreensão dos valores culturais e representações, opiniões e crenças sobre saúde e enfermidades, compreensão da dinâmica familiar, do meio social e da maneira como os sujeitos se inserem no mundo, no entendimento sobre as formas de lidar com a saúde e no apoio a construção de outras formas, diferentes das já estabelecidas, na reconstrução de biografias, de modo que os sujeitos possam buscar novas bases para pensar, sentir e agir.⁴³

Assim, os profissionais de saúde devem ter sensibilidade e boa capacidade de escuta para compreender os aspectos familiares e perceber a melhor forma de intervenção para obter bons resultados.³⁸ Apesar de fundamentado no conhecimento científico, o aconselhamento dietético por si só não é suficiente para mudar hábitos e comportamentos alimentares. É preciso também que o profissional estabeleça um vínculo de confiança com a família e principalmente com a mãe, que culturalmente é definida

como a principal responsável pela escolha e preparo dos alimentos.²⁴ Percebe-se constantemente a necessidade de o profissional conhecer o contexto em que seu paciente está inserido e sair de uma posição prescritiva que não empodera o sujeito e o torna responsável pelo seu autocuidado, proporcionando conhecimento e ao mesmo tempo autonomia das escolhas de seus pacientes.

Os relatos de casos clínicos de crianças menores de dois anos apresentados mostram a importância da atuação do nutricionista e de outros profissionais do NASF no apoio à Equipe de Saúde da Família para conhecer os hábitos alimentares da família e orientar sobre a alimentação complementar da criança, inserida no contexto familiar, sociocultural e ambiental. Diversos autores afirmam que a inclusão do nutricionista nas equipes multiprofissionais da Atenção Básica à Saúde é fundamental e qualifica as ações da equipe desde a avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional do território, até o atendimento individualizado dos casos complexos, propondo as orientações dietéticas às famílias e à comunidade e promovendo a saúde da população.¹¹

Nascimento & Oliveira⁴³ ressaltam que, além do conhecimento técnico da área de Nutrição, o modelo de trabalho do NASF requer dos profissionais um conhecimento amplo sobre as políticas públicas de saúde, do território, do perfil epidemiológico da população e da rede de cuidados. As mesmas autoras ainda apontam a necessidade de o profissional ter habilidades para abordar o indivíduo, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe.²⁵ Nesse sentido, os profissionais de saúde da Atenção Primária devem procurar estabelecer maior aproximação e vínculo com os usuários, respeitando seus valores, cultura e condições socioeconômicas para encontrar a melhor forma de intervenção.

O referencial teórico e ferramentas de abordagem ofertadas pela área das ciências humanas podem somar bastante ao trabalho junto às famílias assistidas por profissionais de saúde. Dentre as possibilidades, foram experimentados nesses relatos algumas advindas do estudo sistêmico da família, tais como história de vida, genograma e Projeto Terapêutico Singular, considerando-se a rede familiar e social de apoio e equipamentos do território, mais especificamente a creche. Um olhar atento aos casos permite prever alguns riscos à saúde da criança e perceber questões familiares e sociais implicadas para uma abordagem aplicável às suas realidades. Tais experiências podem contribuir para ampliação do olhar do profissional da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão sobre o manejo da alimentação complementar considerando a realidade sociocultural das famílias assistidas.

CONCLUSÃO

Os relatos de casos problematizaram a influência do comportamento familiar na introdução da alimentação complementar da criança e suas consequências no desenvolvimento infantil, como o baixo-peso e a constipação intestinal. Nos casos em questão, foram observadas situações extremas

de dificuldades familiares com a introdução da alimentação complementar, seja pelo aleitamento exclusivo por tempo prolongado, adiando a introdução de outros alimentos, seja pelo desmame precoce com a substituição do leite materno por leite de vaca em excesso. Sendo assim, o manejo da alimentação infantil é fortemente influenciado pelo contexto familiar, sociocultural e ambiental, sendo necessário ter um olhar ampliado e considerar esses fatores na abordagem nutricional de mães e familiares de lactentes.

O apoio multiprofissional e integrado com as Equipes de Saúde da Família, assim como a visão profissional para além das necessidades biológicas e da prescrição, tendo por base também os aspectos culturais, contribui para o profissional se aproximar das necessidades efetivas da família, minimizando o risco de intervenções descontextualizadas. O referencial das ciências humanas contribui de forma significativa na identificação dos referidos aspectos. Nesse particular, sugere-se a adoção dos mesmos na rotina da prática profissional na Atenção Primária, em especial na prestação de apoio a casos complexos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: definition. Washington: WHO; 2008. [acesso em 11 ago. 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/>
2. Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina* 2006; 39(3):333-339.
3. Percegoni N, Araujo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinôco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Revista de Nutrição* 2002; 15(1):29-35.
4. Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. 306p.
5. Almeida-Bittencourt PA, Ribeiro PSA, Naves MMV. Estratégias de atuação do nutricionista em consultoria alimentar e nutricional da família. *Revista de Nutrição* 2009; 22(6):919-927.
6. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Revista Paulista de Pediatria* 2011; 29(4):625-33.
7. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *Jornal de Pediatria* 2010; 86(3):196-201.
8. Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Revista de Nutrição* 2005; 18(1):119-128.
9. Torigoe CY, Asakura L, Sachs A, Silva CVD, Abrão ACFV, Santos GMS, et al. Influência da orientação nutricional nas práticas de alimentação complementar em lactentes. *Journal of Human Growth and Development* 2012; 22(1):1-11.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 116 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 39.
11. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(12):3289-3300.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 150 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 27
13. Farias PB. Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2012.
14. Freitas MCS, Minayo MCS, Fontes GAV. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(1):31-38.
15. Canesqui AM. Antropologia e alimentação. *Revista de Saúde Pública* 1988; 22(3):207-216.
16. Braga V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde Revista* 2004; 6(13):37-44.
17. Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública* 1991; 25(3):233-8.
18. Contreras J; Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 496 p.
19. Freitas MCS; Fontes GAV; Oliveira N. Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA; 2008. 422 p.
20. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte. Oficina III: territorialização e diagnóstico Local. Belo Horizonte: ESPMG; 2010. 76 p.
21. Formiga CKMR. Detecção de risco para problemas no desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano [tese]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2009.
22. Freitas MR. Hipomielinização: caracterização clínica, eletrofisiológica e de neuroimagem [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2013.
23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa família [Internet]. [acesso em: 11 ago. 2015]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>
24. Aguirre ANC, Vitolo MR, Puccini RF, Moraes MB. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. *Jornal de Pediatria* 2002; 78(3):202-208.
25. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde* 2010; 34(1):92-96.
26. Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; Guanabara Koogan; 2009. 651 p.
27. Salve JM, Silva IA. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. *Acta Paulista de Enfermagem* 2009; 22(1):43-48.
28. Broilo MC, Louzada ML, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. *Jornal de Pediatria* 2013; 89(5):485-491.

29. Santos FS, Santos FCS, Santos LH, Leite AM, Mello DF. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. *Einstein* 2015; 13(3):435-440.
30. Souza SL, Castro RM, Nogueira MI. Comportamento alimentar neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003; 3(3):241-246.
31. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(5):411-416.
32. Dias MCA, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição* 2010; 23(3):475-486.
33. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica* 2002; 4(20):611-624.
34. Mello CS, Freitas KC, Tahan S, Morais MB. Consumo de fibra alimentar por crianças e adolescentes com constipação crônica: influência da mãe ou cuidadora e relação com excesso de peso. *Revista Paulista de Pediatria* 2010; 28(2):188-193.
35. Pereira VP, Medeiros LCS, Speridião PGL, Lisboa VCA, Tahan S, Morais MB. Percepção das mães sobre a importância das práticas alimentares no tratamento da constipação crônica funcional. *Revista Paulista de Pediatria* 2009; 27(1):33-39.
36. Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Revista de Nutrição* 2003; 16(3):245-256.
37. Costa L. Alimentação e comensalidade entre os Kanamari da Amazônia ocidental. *MANA* 2013; 19(3):473-504.
38. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004; 4(1):85-94.
39. Diez-Garcia RW, Castro IRR. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(1):91-98.
40. Molina MCB, Lopéz PM, Faria CP, Cade NV, Zandonade E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44(5):785-792.
41. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difusão Editorial; 1979.
42. Setton MGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação* 2002; 20:60-70.
43. Figueredo MD, Furlan PG. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos GW, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2010. 411 p.

Recebido: 15/4/2015

Revisado: 10/8/2105

Aceito: 15/9/2015

