



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

ANA PAULA FARIAS TORRES

**NUTRIÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM OLHAR MATERNO SOBRE
ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

FORTALEZA-CEARÁ

2018

ANA PAULA FARIAS TORRES

NUTRIÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM OLHAR MATERNO SOBRE
ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da criança e do adolescente e suas conexões com a família e redes sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Soraya Costa Maia

FORTALEZA-CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Torres, Ana Paula Farias.

Nutrição no primeiro ano de vida: um olhar materno sobre aleitamento e alimentação complementar [recurso eletrônico] /Ana Paula Farias Torres. - 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 81 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde - CCS, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA), Fortaleza, 2018.

Linha de Pesquisa: Saúde da criança e do adolescente e suas conexões com a família e redes sociais.

Orientação: Prof.^a Dra. Carla Soraya Costa Maia.

1. Aleitamento Materno. 2. Desmame. 3. Puericultura. 4. Estratégia Saúde da Família.

I. Título.

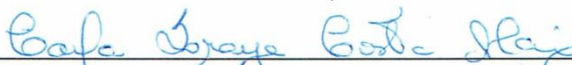
ANA PAULA FARIAS TORRES

NUTRIÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM OLHAR MATERNO SOBRE
ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da criança e do adolescente e suas conexões com a família e redes sociais.

Aprovada em: 26 de janeiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Carla Soraya Costa Maia - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)



Prof.^a Dr.^a Daniela Vasconcelos de Azevedo (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)



Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)

À minha família, notável, não em tamanho, mas em feitos e apoio, no estender a mão, e, sobretudo, no AMOR.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por ter me dado a permissão de chegar até aqui, e por toda a força concedida na concretização dessa tarefa.

À Nossa Senhora por me guardar em seu manto sagrado e sempre suprir a minha fé. A minha querida prima, Fabíola, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, paciência, compreensão, apoio, profissionalismo e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho. Talvez eu nunca consiga te agradecer a altura. Te amo muito.

Ao meu filho Pedro, por ser tão compreensivo com a minha ausência, apesar da pouca idade e, principalmente, pelo carinho na forma de beijo e abraço que me motivavam nos momentos de cansaço. Sem ele ao meu lado eu não teria conseguido, te amo minha vida.

Ao meu esposo Denis, minha mãe Rosineide e minha cunhada Suelen, por me ajudarem tão prontamente nas tarefas rotineiras pra que eu pudesse dar conta dessa nova caminhada. Agradeço por todo o carinho, disposição e dedicação. Amo vocês.

A todos os familiares e amigos que souberam me ajudar com paciência e compreensão nesse período tão corrido onde mal pude dar atenção e o carinho merecido.

À Karina, que foi responsável por eu estar hoje aqui e que apesar de todas as dificuldades, eu só tenho a agradecer a essa amiga tão querida.

Aos meus colegas de trabalho pela ajuda na conclusão da pesquisa e em especial, para minhas amigas Ijane, Ângela, Priscila e Glaucimeire, pela grande ajuda, apoio, incentivo e paciência nesse período.

À Prof.^a Dr.^a Carla Soraya, exemplo de mulher, profissional e ser humano justo, que me ensinou muito mais do que imagina.

À Prof.^a Dr.^a Thereza Maria por ser tão disponível, tão compreensiva e, principalmente, por ter me ajudado a entender o que eu realmente queria na minha pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Daniela Vasconcelos pela contribuição com suas observações, questionamentos e críticas que só engrandeceram esse trabalho.

A todos os meus colegas do mestrado, pelos bons momentos que vivemos. Em especial ao Pedro, Emanuela, Fádua e Bianca por tornarem mais leve essa caminhada. Obrigada por dividirem comigo as angústias e alegrias. Foi bom poder contar com vocês.

Às funcionárias do MPSCA, especialmente à Iara pela disponibilidade, simpatia e gentileza. Obrigada pela sua preciosa ajuda.

“O esperado nos mantém fortes, firmes e em pé. O inesperado nos torna frágeis, porém, propõe recomeços.”

(Machado de Assis)

RESUMO

A alimentação correta no primeiro ano de vida é um fator determinante para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança. Esclarecer fatores que influenciam o aleitamento materno e a alimentação complementar neste período possibilita a individualização de ações de promoção à saúde da criança. O objetivo deste trabalho foi conhecer a prática utilizada pelas mães na nutrição de seus filhos no primeiro ano de vida. Foi realizado estudo qualitativo com mães de crianças de seis meses a um ano de idade, cadastradas em uma unidade primária de atenção à saúde de Fortaleza – Ceará. A coleta de dados foi realizada por entrevistas em profundidade, que posteriormente foram examinadas por meio da análise categorial temática. O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, entrevistou 22 mães, sendo a maioria na faixa etária dos 20 aos 30 anos, com ensino médio incompleto, primípara e com renda familiar de mais de um salário mínimo. Observou-se que, no geral, a experiência de amamentar foi considerada prazerosa, mas pouco mais da metade (54,5%) das entrevistadas amamentou exclusivamente até o sexto mês, sendo as dificuldades mais citadas passíveis de correção com auxílio profissional. No período de transição alimentar percebeu-se grande variedade de alimentos ofertados e a confiança das mães nas orientações dadas durante as consultas. A maioria das entrevistadas mostrou-se segura e sem preocupação quanto à alimentação dos seus filhos, sendo as poucas preocupações citadas referentes à questão financeira, o ganho de peso insuficiente e à falta de apetite da criança. No que diz respeito à puericultura, a totalidade das entrevistadas faz consulta sistemática na unidade de saúde pesquisada e não relata problemas em iniciar o acompanhamento, reclamando somente da dificuldade de agendamento de retorno. A partir do exposto, compreende-se que as mães estão empenhando-se no aleitamento materno exclusivo para fortalecer a saúde e os laços emocionais, porém, ainda estão distantes de alcançar a meta ministerial. Ao contrário disso, a transição e alimentação complementar ocorrem de forma adequada e conforme as recomendações nacionais de saúde.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desmame. Puericultura e Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Correct feeding in the first years is a determining factor for the child's proper growth and development. Clarifying factors that influence breastfeeding and complementary feeding during this period allows the individualization of actions to promote the child's health. The objective of this study was to know the practice used by mothers in the nutrition of their children in the first year of life. A qualitative study was conducted with mothers of six - month - and one - year - old children enrolled in a primary care unit in Fortaleza – Ceará. Data collection was performed through interviews, which were later examined using the categorical analysis. The study, approved by the Research Ethics Committee of the State Ceara University, interviewed 22 mothers, the majority of whom were between the ages of 20 and 30, who did not finish high school, with a family income of more than one minimum wage. It was observed that, in general, the experience of breastfeeding was considered pleasurable, but a little more than half (54.5%) of the interviewees breastfed exclusively until the sixth month, and the most cited difficulties are liable to be corrected with professional assistance. During the transition period, a great variety of foods were offered and mothers' confidence in the guidelines given during the consultations. Most of the interviewees were sure and without concern about their children's nutrition, and the few concerns cited referred to the financial issue, insufficient weight gain and lack of appetite of the child. With regard to childcare, all the interviewees make a systematic visit to the health unit researched and do not report problems in initiating follow-up, complaining only of the difficulty of scheduling return. From the above, it is understood that mothers are engaging in exclusive breastfeeding as a way to strengthen health and emotional bonds, however, they are still far from achieving the goal of the Ministry of Health. On the contrary, the transition and complementary feeding occur in an appropriate manner and in accordance with national health recommendations.

Keywords: Breastfeeding. Weaning. Childcare and Family Health Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	O ALEITAMENTO MATERNO	17
2.2	ORIENTAÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO	21
2.2.1	Prevalência e Epidemiologia	21
2.2.2	Abordagem Conceitual	24
2.2.3	Fisiologia	25
2.2.4	Programas de Incentivo	26
2.2.5	Desmame Precoce e Fatores Associados	29
2.3	ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	32
2.4	ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	37
3	OBJETIVOS	42
3.1	GERAL	42
3.2	ESPECÍFICOS	42
4	MÉTODO	43
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	43
4.2	SUJEITOS DE PESQUISA.....	44
4.3	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	44
4.4	COLETA DE DADOS.....	45
4.5	TRATAMENTO DOS DADOS	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
5.1	PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO	50
5.1.1	Experiência da amamentação	50
5.1.2	Aleitamento materno exclusivo	51
5.1.3	Dificuldade em amamentar	53
5.1.4	Aleitamento predominante, misto ou parcial	54
5.1.5	Apoio para amamentar	55
5.2	TRANSIÇÃO ALIMENTAR	56
5.2.1	Introdução de novos alimentos	56
5.2.2	Dificuldade na introdução de novos alimentos	57
5.2.3	Apoio na transição alimentar	59

5.2.4	Preocupação com a alimentação ofertada na transição e com a alimentação atual.....	60
5.3	ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE.....	63
5.3.1	Satisfação no acompanhamento	63
5.3.2	Dificuldade de realizar o acompanhamento.....	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	74
	APÊNDICE A - ENTREVISTA	76
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	78
	APÊNDICE C - AÇÕES COMPLEMENTARES PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NA ATENÇÃO BÁSICA	81

1 INTRODUÇÃO

O leite humano é considerado o alimento ideal para o lactente, pois consegue prover sozinho todas as necessidades nutricionais do bebê, até os primeiros seis meses de vida dele. A prática da amamentação exclusiva até esse período e com complementação até os dois anos ou mais, além de prevenir doenças prevalentes na infância e na fase adulta, proporciona o crescimento e desenvolvimento adequados (BRASIL, 2015).

Vários estudos mundiais e entidades, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), ressaltam a importância e a necessidade da promoção do aleitamento materno exclusivo como uma das formas mais eficazes de prevenir doenças infecciosas, diminuir as taxas de obesidade, sobrepeso, diabetes mellitus tipo I, proteger contra alergias tardias, disfunções cognitivas, linfomas e favorecimento do desenvolvimento e crescimento infantil (BRASILEIRO, 2012).

Considerando todos estes benefícios, a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e sua continuidade até os dois anos ou mais.

“Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe” (BRASIL, 2015).

Segundo as mesmas recomendações, a OMS afirma que a complementação do leite materno deve ter início após os seis meses de vida, pois, depois dessa idade, o leite sozinho não supre necessidades nutricionais da criança. Os alimentos ofertados devem ser variados em quantidade e frequência, com consistência pastosa à sólida e introdução feita de forma lenta e gradual (BRASIL, 2015).

O padrão alimentar inadequado, com o início da complementação antes do período correto, pode trazer prejuízos à saúde da criança e, como consequência, à diminuição da duração do aleitamento materno. Em contrapartida, a introdução tardia também pode aumentar o risco de desnutrição e deficiências de micronutrientes, levando à desaceleração do crescimento infantil (CORREA *et al.*, 2009).

Diante disso, mostra-se a necessidade da orientação de mães e cuidadores das crianças de maneira adequada à sua realidade. O profissional da atenção primária à saúde enfrenta grande desafio ao tentar conduzir esse processo, considerando a necessidade de ouvir com atenção as queixas, responder dúvidas e perceber peculiaridades que possam vir à tona durante o atendimento realizado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2015).

A ESF é um modelo que busca reorganizar a atenção primária de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997). Sua estrutura é vinculada à Atenção Básica de Saúde, a qual busca expandir e aprimorar a atenção e a gestão em saúde, priorizando a construção de redes de atenção e cuidado, tornando-se um apoio às equipes e aumentando sua resolutividade. Tem como objetivo principal reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, priorizando as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e humanizada (COSTA; CARBONE, 2009).

Para isso, uma das ferramentas importantes utilizadas pelas equipes de saúde da família na prevenção de agravos é a puericultura, consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, desde o nascimento até os cinco anos de idade. Atitudes simples como pesar, medir, avaliar o cartão de vacina e escutar as queixas de mães e cuidadores podem ajudar os profissionais da ESF a agir de forma precoce nas possíveis intercorrências de saúde das crianças acompanhadas. Essas consultas são realizadas com periodicidade que dependem da idade das crianças e de seu estado geral. Durante estas são realizadas orientações sobre o aleitamento materno e a prática de alimentação complementar (BRASIL, 2015).

Posto isso, o presente estudo justifica-se pelo fato de esclarecer fatores que influenciam o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar em criança de zero a 12 meses de idade, havendo a necessidade de averiguar essa temática na tentativa de compreender como o profissional da equipe de saúde da família pode conduzir os pais e/ou cuidadores nesse processo adequadamente, no atendimento de puericultura.

Assim, têm-se o seguinte questionamento: Qual a prática utilizada pelas mães na nutrição dos seus filhos? Desvendar essa realidade local, em um país de

grandes dimensões e cheio de contrastes regionais, como o Brasil, é de grande relevância, pois possibilita a individualização de ações de promoção à saúde da criança e a produção de estudos científicos regionalizados.

Espera-se, com isto, alcançar o aprimoramento ou aumento do nível de conhecimento sobre o aleitamento e a prática de alimentação complementar das crianças da área de abrangência, conforme a realidade da população. Espera-se, ainda, melhorar a condução da orientação específica sobre práticas alimentares durante a consulta de puericultura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A alimentação da criança menor de um ano, independente da forma utilizada, sempre apresenta peculiaridades que são relatadas aos profissionais de saúde durante a consulta. A mãe e/ou cuidador aproveitam a oportunidade para tirarem dúvidas sobre como melhor alimentá-la, dependendo de cada fase. Por isso, faz-se de suma importância, para eficácia da puericultura, desvelar a rotina alimentar das famílias, no intuito de facilitar a orientação sobre os hábitos reais das crianças acompanhadas.

Os profissionais da área de saúde devem ficar atentos aos sinais que a mulher reflete sobre sua capacidade de amamentar; geralmente, a satisfação da criança mostra-se como fator principal avaliado pela mãe. Por isso, reforça-se a importância do apoio e incentivo pela orientação e divulgação de informações no esclarecimento de dúvidas frequentes.

Neste capítulo, discorreu-se sobre assuntos relacionados ao campo e às questões de pesquisa. Primeiro, tratou-se do aleitamento materno e explanou-se sobre orientação e apoio ao aleitamento materno, subdividido em tópicos: fisiologia, prevalência e epidemiologia, importância nutricional, dificuldades e facilidades. Em seguida, aborda-se a alimentação complementar e, por fim, destaca-se a atenção básica com foco na estratégia da saúde da família.

2.1 O ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com Queluz *et al.* (2012), os benefícios do aleitamento materno exclusivo são amplamente divulgados, a nível mundial, através da literatura científica. Porém, mesmo sabendo da eficiência dessa prática, a interrupção precoce da amamentação continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública do Brasil, o que mostra a necessidade constante de monitorar os dados sobre alimentação infantil e a identificação de fatores determinantes para manutenção ou interrupção da nutrição adequada em cada fase.

Ainda de acordo com os autores, os estudos voltados para essa área levam ao planejamento ideal de ações específicas e definições de políticas públicas na área materno-infantil, sejam de âmbito local ou nacional. A complexidade na escolha da forma de alimentar uma criança vai além da dimensão biológica e

permeia-se pelos aspectos econômicos, políticos e sociais, a qual deve ser desvendada para facilitar a condução da prática correta (QUELUZ *et al.*, 2012).

Apesar da duração do aleitamento materno ter aumentado muito no Brasil, a adesão à prática da amamentação ainda não atingiu a recomendação da OMS de que os bebês recebam leite materno exclusivamente até os seis primeiros meses de vida. Disso advém a importância da realização de pesquisas nesse campo, já que ter conhecimento sobre os fatores determinantes dessas práticas (aleitamento e alimentação complementar) pode levar os profissionais da área a refletirem sobre como melhor contribuir na educação e saúde, através da assistência diferenciada às mães, adotando estratégias que fomentem suporte emocional e teórico das mesmas na adesão a amamentação (SILVA; PESSOA, 2012).

Silva e Pessoa (2012) realizaram pesquisa no município de Belo Oriente – MG com o objetivo de analisar os determinantes sociais e familiares relacionados à prática do aleitamento materno exclusivo. Foram entrevistadas mães com faixa etária de 21 a 30 anos de crianças na idade de zero a seis meses de vida e que recebiam exclusivamente leite materno, cadastradas na Estratégia Saúde da Família da área que residiam.

Como conclusão, o estudo percebeu a forte influência do contexto familiar e sociocultural na perspectiva de saúde da criança. A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 12,36%, muito abaixo da meta preconizada pela OMS, em parte pelo fato das mães trabalharem fora, suas idades e baixa escolaridade, o que confirma dados de pesquisas mundiais. Silva e Pessoa (2012) acreditam que a ausência de orientações durante o acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde de atenção primária pode ter exercido a mais forte influência na manutenção do aleitamento.

Maia *et al.* (2014), depois de realizarem uma pesquisa descritiva, em grupos de puérperas e gestantes, observaram insuficiência de informações das mesmas sobre o tema aleitamento materno. No desenrolar do estudo mostrou-se oportuno a realização de ações educativas que incentivassem a amamentação, uma vez que essa prática traz benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe. Ressaltando-se que, para a organização da atenção primária, a educação em saúde é um dos principais elementos.

Os resultados desse estudo apontam ainda que as ações educativas em saúde devem ser concretizadas sempre levando em consideração a singularidade e as características de cada indivíduo, respeitando seus conhecimentos populares e suas crenças (MAIA *et al.*, 2014).

É válido ressaltar que os profissionais de saúde, em especial os que fazem a atenção primária, atuam de maneira relevante no que se refere à sensibilização para essa prática, por apresentar uma destreza em técnicas de aconselhamento, que são adquiridas através de capacitações e atualizações e, principalmente, pela experiência diária na ESF, para melhoria da qualidade na assistência (BRASIL, 2012).

A equipe de atenção básica pode atuar em dois importantes momentos: durante o pré-natal, buscando orientar a importância do aleitamento exclusivo, seus benefícios e suas possíveis dificuldades e na assistência pós-natal tardia, através da puericultura focando a ansiedade da mãe e orientando a alimentação complementar após os seis meses de idade, com a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2015).

No que diz respeito à amamentação, a sensibilização das puérperas e gestantes pode acontecer dependendo da abordagem do profissional de saúde, de sua empatia e de sua maneira de educar. Quando se promove o aleitamento, está se aumentando a qualidade de vida do binômio mãe-filho e contribuindo para a diminuição da prática do desmame precoce (BEZERRIL *et al.*, 2010).

O incentivo ao aleitamento materno é uma ação que deve estar incorporada às atividades de rotina das unidades básicas de saúde da ESF. Ressalta-se aqui que o pré-natal é um momento único para sensibilização da gestante para amamentação e que a puericultura é fundamental na manutenção de uma nutrição adequada. Nesses atendimentos deve acontecer uma abordagem que ultrapasse as dimensões biológicas da mulher e da criança, sendo necessário compreender aspectos culturais e sociais, sejam coletivos ou individuais, que atuem diretamente no seu desejo de realizar a lactação e alimentação complementar (BRASIL, 2012).

Diversas estratégias devem ser adotadas no intuito de proporcionar segurança às mães quanto à iniciação e manutenção da amamentação. Segundo o Ministério da Saúde, os pais são importantes fontes de apoio, porém muitos não

sabem de que maneira podem atuar adequadamente, talvez por falta de informação específica sobre o assunto (BRASIL, 2015).

Na cultura brasileira também se tem as avós que são presentes e atuantes na decisão das mães. A exposição de sentimentos e crenças em relação à alimentação faz com que novas informações recebidas durante a consulta ajudem na orientação domiciliar de suas filhas ou noras. Por isso, cabe aos profissionais de saúde dar estímulo e atenção aos pais e avós para participarem de forma positiva nesse período vital da família. O envolvimento deles no dia-a-dia das mães que alimentam seus filhos deve ser de fundamental importância para a prática correta e contínua de uma nutrição ideal. Orientar sobre a alimentação é um grande desafio para o profissional de saúde, isso exige habilidade e sensibilidade nas transmissões das informações (BRASIL, 2015).

A amamentação deve ser sempre um assunto pautado nas consultas devido sua importância no desenvolvimento das crianças. Ao profissional de saúde, não é suficiente ter apenas habilidades ou conhecimentos básicos sobre aleitamento materno. Faz-se de suma importância saber realizar a comunicação eficiente através da técnica de aconselhamento em amamentação (SILVA; PESSOA, 2012).

Aconselhar uma mulher não é dizer a ela o que deve ou não fazer, e sim, após realizar uma escuta qualificada, auxiliá-la na tomada de decisões. Para isso, é necessário ouvir, entender e dialogar sobre as dificuldades e facilidades de suas opções. É importante, durante o aconselhamento, que as mulheres percebam o interesse dos profissionais pelo bem-estar delas e dos bebês, para, assim, adquirirem confiança e sentirem-se acolhidas e apoiadas, o que irá facilitar a tomada de decisões. Pode-se concluir que o diálogo realizado na sessão de aconselhamento desenvolve o vínculo de confiança entre a mulher e o profissional de saúde (BRASIL, 2015).

É comprovado que o leite materno é um alimento completo, que se adequa perfeitamente ao metabolismo do lactente, por possuir a quantidade de água necessária, estar isento de contaminação e fornecer os fatores de proteção contra várias infecções. Além de aumentar o vínculo entre o bebê e a mãe, não representa ônus para o orçamento familiar e ainda tem efeito contra a obesidade, previne as infecções gastrointestinais, a dermatite atópica, a alergia alimentar, e protege a criança contra mortalidade infantil. Por isso o leite humano é considerado padrão

ouro como alimento no início da vida, onde todas as suas vantagens justificam sua importância na saúde (BRASILEIRO, 2012).

Sabe-se que as potencialidades humanas, em sua grande maioria, se desenvolvem na infância, por isso graves consequências podem surgir nos indivíduos que sofrem distúrbios nesse período. A estratégia mais natural de vínculo, proteção, afeto e nutrição para a criança é o aleitamento materno. Essa eficaz intervenção constitui a mais sensível e econômica forma de reduzir a morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015).

2.2 ORIENTAÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

2.2.1 Prevalência e Epidemiologia

O Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam, através de estudos realizados, que a prevenção anual de seis milhões de mortes em crianças menores de um ano de idade se deve a prática do aleitamento materno. Afirmam também que dois milhões de mortes seriam evitadas se o aleitamento materno exclusivo (AME) fosse praticado universalmente até os seis meses de idade (BRASIL, 2009). Posto isso, a OMS, desde 2001, recomenda o AME até o sexto mês de vida e a manutenção da amamentação acrescida de alimentos complementares até os dois anos ou mais.

A amamentação na espécie humana dura em média de dois a três anos; a partir desse momento ocorre o desmame natural. Iniciar alimentos complementares antes dos seis meses de vida pode trazer sérios prejuízos à saúde, estando a prática associada ao maior número de hospitalizações por diarreias, doenças respiratórias e risco de desnutrição, devido a menor absorção de nutrientes importantes como zinco e o ferro (BRASIL, 2015).

Uma meta-análise, divulgada pela OMS em 2000, baseada em seis conjuntos de dados, provenientes de três continentes (Senegal, Gana, Gambia, Paquistão, Filipinas e Brasil), mostrou que crianças menores de dois meses quando não amamentadas tem seis vezes mais chances de morrer por doenças infecciosas, quando comparadas com crianças amamentadas no mesmo período.

O estudo provou que, à medida que a criança que não foi amamentada cresce, sua proteção natural diminui ainda mais. A prática do aleitamento materno

mostra-se um fator crucial na sobrevivência de crianças pobres em países subdesenvolvidos, pois as mesmas estão com altas chances de adoecerem devido à falta de saneamento básico e a falta de alimentação adequada (OMS, 2000).

Em 2016, um estudo realizado pela Revista Britânica *The Lancet*, concluiu que a política de aleitamento materno do Brasil é referência mundial apesar das características de subdesenvolvimento do país. Os dados foram coletados em 153 países e destacou o modelo de política pública brasileiro como o melhor a ser seguido (ONUBR, 2016).

No Brasil, após a década de 1970, onde eram muito altas as taxas de mortalidade infantil e a média de duração do aleitamento materno girava em torno de 2,5 meses, viu-se a importância de iniciar o resgate à prática do aleitamento materno (BRASIL, 2015).

Em algumas regiões do país, apesar das evidências no aumento da duração do aleitamento materno, estudos de organizações de saúde nacionais e internacionais indicam que a prática está longe de atingir os índices ideais preconizados pela OMS. Pode-se observar que os índices de desmame precoce são muito elevados mesmo com todos os investimentos em políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde, em 1999, realizou um inquérito durante a campanha de vacinação nas capitais brasileiras, que mostrou que a probabilidade de uma criança de quatro meses estar em AME é de 18%. No sexto mês, esse percentual caiu para 8%. Muitas contribuições importantes vieram dessa pesquisa no que diz respeito à formulação de políticas públicas (BRASIL, 2009).

Em 2008, através da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal – PPAM/Capitais e DF fez-se uma nova coleta de dados para verificar a situação atual e criar subsídios para planejamento de novas ações. A iniciativa nasceu de convênio firmado entre a Fiocruz e o MS para que um estudo nacional sobre aleitamento materno acontecesse baseado na mesma metodologia do primeiro (BRASIL, 2015).

Com o apoio do Programa Nacional de Imunização, os dados foram coletados durante a campanha de multivacinação. O inquérito foi realizado em todas as capitais brasileiras e em alguns municípios que resolveram aderir, totalizando,

aproximadamente, 226 municípios e 120.000 crianças menores de um ano. Os dados foram analisados seguindo as recomendações da OMS:

“[...] em relação à alimentação da criança nas 24 horas que antecederam a pesquisa: Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebeu somente leite materno sem quaisquer outros alimentos, líquidos ou sólidos, exceto medicamentos; Aleitamento Materno (AM): a criança recebeu leite materno, independentemente de ter recebido ou não outros alimentos, de qualquer natureza. Aleitamento materno na primeira hora de vida: a criança foi amamentada logo após o nascimento, na primeira hora de vida.” (BRASIL, 2010).

No Nordeste, 56 municípios realizaram a pesquisa, incluindo as nove capitais. A maioria dos municípios da região nordeste apresentou prevalências de amamentação na primeira hora de vida superiores à prevalência do Brasil (67,7%). No Ceará, apenas Fortaleza (67,6%) ficou abaixo dessa média. Em relação às crianças que mamaram exclusivamente até os seis meses de idade, a prevalência nacional no conjunto das capitais brasileiras foi de 41%. Fortaleza apresentou 32,9% de prevalência do AME (BRASIL, 2009b).

A prevalência de crianças entre nove e doze meses que receberam leite materno, segundo os estados e municípios da região nordeste, foi superior à média nacional de 58,7%, enquanto Fortaleza apresentou um percentual menor (57,3%). Analisando o estudo, a capital do Ceará apresentou um índice abaixo do nacional em todas as categorias analisadas. Muito embora reconheça a tendência ascendente do aleitamento materno no Brasil, a pesquisa demonstra a importância de ações voltadas ao aleitamento materno no intuito de se alcançar as metas padronizadas. É notório que, apesar dos muitos avanços nessa área, a atenção primária no Brasil, em especial no Nordeste, lida com a dificuldade em atingir os índices de aleitamento preconizados (BRASIL, 2009b).

Realizou-se, pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), uma avaliação nos dados de uma equipe da ESF de uma unidade básica do município de Fortaleza, localizada na regional V, que promove o atendimento semanal dos programas básicos da estratégia. Os dados coletados dos relatórios do mês de novembro dos anos de 2012, 2013, 2014 e 2015, mostraram, respectivamente, os índices de 75%, 63%, 66% e 78% de crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo. Apesar de a média estar acima da média nacional, percebe-se uma flutuação dos índices nos anos de 2013 e 2014 onde houve

mudança no modelo de atendimento nas unidades básicas, o que pode ter influenciado negativamente a prática.

Essa equipe analisada é formada por médico, enfermeiro, cirurgião dentista e seis agentes comunitários de saúde, que cobrem todo o território adscrito (conhecida como “equipe completa”) e há 10 anos presta atendimento semanal de pré-natal e puericultura com foco no aleitamento materno. Mesmo com os índices dentro do que a OMS considera uma *boa prevalência* (50 a 89%), ainda está longe de atingir a faixa *muito boa*, considerada ideal (90 a 100%). Daí a importância de se conhecer a realidade local para aprimorar o atendimento no pré-natal e pós-natal tardio e tentar elevar os índices para dentro da faixa muito boa; da mesma forma que se pode trabalhar a alimentação complementar no intuito de diminuir a prática do desmame precoce total.

2.2.2 Abordagem Conceitual

Para aprimorar a orientação dada às mães é importante saber alguns conceitos, dentre os quais estão as definições de aleitamento materno. Em 1991, a OMS estabeleceu indicadores que definiram as categorias do aleitamento reconhecidas internacionalmente. Baseado nisso, o Ministério da Saúde categoriza no Caderno de Atenção Básica em Saúde da Criança, 2015, as definições de aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e predominante, aleitamento materno complementado e misto (parcial).

Quando a criança recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independente de receber ou não outros alimentos, chama-se a isso aleitamento materno. Na categoria exclusiva estão as crianças que recebem somente o leite materno, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2015).

Quando além do leite materno a criança recebe também água ou bebidas adoçadas (chás e infusões), sucos de frutas e outros líquidos (poções ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos), tem-se o aleitamento materno predominante. No complementado estão as crianças que recebem o leite materno e qualquer outro alimento sólido ou semissólido, com a finalidade de complementá-lo,

e não de substituí-lo. Finalmente, quando a criança recebe o leite materno e outros tipos de leite, tem-se o aleitamento materno misto ou parcial (BRASIL, 2015).

A OMS afirma, ainda, que o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes até o segundo ano de vida da criança. Dois copos de leite materno (500 ml) podem fornecer 95% das necessidades diárias de vitamina C, 38% das de proteínas, 45% das de vitamina A e 31% do total de energia que o organismo utiliza no dia todo. Tais dados reforçam a necessidade da criança continuar com a amamentação e a alimentação complementar até a idade recomendada (BRASIL, 2015).

2.2.3 Fisiologia

Para a produção do leite materno, aprende-se no ensino da fisiologia que “mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários, que são glândulas túbulo-alveolares” (BRASIL, 2015). Tais glândulas são formadas por 10 a 100 alvéolos e estes são envolvidos por células mioepiteliais, havendo entre os lobos mamários vasos sanguíneos, tecido nervoso, linfático, adiposo e conjuntivo.

Nesses ductos e alvéolos é armazenado o leite materno produzido. Até pouco tempo atrás, acreditava-se que os ductos mamários se dilatavam para formarem os seios lactíferos, no entanto, durante as mamadas, os ductos sob a aréola se enchem e se dilatam enquanto encontra-se ativo o reflexo de ejeção do leite (BRASIL, 2009).

Na gravidez, diferentes hormônios agem na preparação da mama para o aleitamento (lactogênese fase I). Sendo o estrogênio e o progesterônio os dois mais importantes, pois são responsáveis pela ramificação dos ductos lactíferos e pela formação dos lóbulos mamários, respectivamente. A proliferação e crescimento dos ductos e a formação dos lóbulos ocorrem na primeira metade da gestação. A aceleração da atividade secretora, a distensão dos alvéolos com acúmulo de colostro acontece na segunda metade e após dezesseis semanas de gestação já se inicia a secreção láctea (BRASIL, 2015).

Após o nascimento da criança e a saída da placenta, os níveis sanguíneos de progesterônio caem drasticamente, com isso há uma liberação, pela hipófise anterior, de prolactina, dando início a secreção do leite (lactogênese fase II).

Enquanto isso, envolvendo os alvéolos estão as células mioepiteliais, que são capazes de forte contração para a expulsão do leite neles armazenados, tudo isso pela ação do hormônio ocitocina que foi liberado pela hipófise posterior durante a sucção (BRASIL, 2015).

Os hormônios, após o parto, continuam controlando a produção láctea. A chamada “descida do leite” acontece, mesmo que a criança não sugue no seio, entre o terceiro e quarto dia pós-parto. A fase III da lactogênese, que se inicia após essa descida e mantém-se por toda a lactação, vai estar dependente, principalmente, do esvaziamento da mama e da sucção adequada do bebê. Quando há um atraso no esvaziamento das mamas, por qualquer motivo, uma diminuição importante na produção do leite pode ocorrer, seja ela por inibição química ou mecânica (BRASIL, 2009).

A prolactina e a ocitocina, liberadas durante a sucção do bebê ao seio, são responsáveis pela produção do leite e estão condicionadas a vários estímulos, tais como a visão, o cheiro e o choro da criança. Há também fatores emocionais que atuam nesse processo, como a tranquilidade durante o ato de amamentação, a autoconfiança e a motivação da mãe. No entanto, a falta de confiança, a ansiedade, o medo, o estresse, a dor, o desconforto e a insegurança dificultam a saída do leite devido à inibição da ocitocina. É válido lembrar que, após o parto, a produção de leite é mais baixa e vai aumentando gradualmente. No primeiro dia em torno de 40-50 ml, no terceiro dia aumenta para 300-400ml e só após o quinto dia chega, em média, a 500-800ml (BRASIL, 2015).

2.2.4 Programas de Incentivo

Visando elevar a média de duração do aleitamento materno, em 1981 foi implantado no país o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), cuja responsabilidade era promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno, tendo como uma de suas atividades a melhoria dos indicadores de oferta e distribuição de leite para recém-nascidos, principalmente o que estão em UTI neonatal (BRASIL, 2015).

Segundo Franz Reis Novak, coordenador do Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite, uma das mais eficientes políticas públicas em aleitamento materno no mundo está no Brasil. Para sua eficácia é necessário contar

com a solidariedade e a consciência da população, além de importantes tecnologias e incentivos empregados pelo governo. Os profissionais da saúde incentivam às mães que podem ser doadoras a procurarem os bancos de leite de suas cidades; esse apoio é de fundamental importância ao programa (PORTAL BRASIL, 2010).

Desde então, no mês de agosto, o Ministério da Saúde promove a Semana Mundial da Amamentação e em outubro comemora o Dia Nacional de Doação de Leite Humano. As duas campanhas são amplamente divulgadas pelos órgãos primários e/ou secundários de saúde que trabalham diretamente com o aleitamento materno, no intuito de popularizar a iniciativa e conseguir mais adeptos (PORTAL BRASIL, 2010).

“A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é uma das linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/ DAPES/ SAS do Ministério da Saúde. Faz parte do elenco de estratégias para a redução da mortalidade infantil, compromisso assumido pelo Brasil em nível internacional (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio) e nacional, por meio do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Pacto pela Vida, Programa Mais Saúde. Recentemente, foi firmado o Termo de Compromisso entre o governo federal e os governos estaduais (estados da Região Nordeste e Amazônia Legal), como estratégia de redução das desigualdades regionais” (BRASIL, 2010).

Pesquisas de âmbito nacional constataam que, desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), os índices de aleitamento materno no país vêm aumentando, porém ainda se encontram muito longe do que é considerado satisfatório (BRASIL, 2010).

Como forma de divulgar ainda mais o assunto, a UNICEF, a OMS e outras organizações internacionais desenvolveram, na década de 90, um conjunto de condutas e práticas para mobilizar os funcionários de hospitais e maternidades e os demais profissionais de saúde na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A essa iniciativa deu-se o nome de Instituição Hospital Amigo da Criança (IAHC).

No Brasil, a IHAC foi implantada em 1992 pelo Ministério da Saúde, visando diminuir os problemas relacionados com o atendimento nas maternidades e melhorar a qualidade das ações de proteção à criança e oferecendo maior remuneração para procedimentos perinatais. As primeiras titulações ocorreram há mais de 20 anos e, apesar do tempo, a iniciativa ainda sofre pela falta de cobertura

no país. Somente 6% das maternidades brasileiras detêm o título de “Amigo da Criança” e somente uma em cada cinco crianças nasce em hospital conveniado.

A principal finalidade da iniciativa é mobilizar os profissionais de saúde para o incentivo ao aleitamento. Para receber o título de “Hospital Amigo da Criança”, a instituição deve ter ações que organizem o processo de trabalho na atenção ao puerpério e o parto, bem como capacitar seus profissionais para o apoio ao aleitamento materno durante toda a hospitalização da puérpera (OMS, 2000).

Obtém o título a maternidade brasileira que preencha alguns critérios, incluindo o cumprimento de 80% dos critérios globais em cada um dos “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança. Esse percentual de cumprimento é avaliado de forma contínua, para tentar identificar regras que mantenham a qualidade da promoção, assim como as dificuldades para promover e incrementar as taxas do AM (OMS, 2000).

Para solidificar as ações, criaram-se os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. No primeiro passo, é necessário expor em quadros e cartazes normas e rotinas de incentivo ao aleitamento materno, para que todos possam conhecê-las. Em seguida, deve-se capacitar toda a equipe para apoiar e ajudar as mulheres nas fases da amamentação. O terceiro passo consiste em orientar, durante o pré-natal, sobre as vantagens da amamentação, a importância de o bebê mamar logo ao nascer, a prevenção de dificuldades, além de outros assuntos que vão ajudar a futura mãe a ter uma amamentação mais duradoura e prazerosa (OMS, 2000).

A amamentação deve ter início na primeira hora de vida do bebê e o contato pele a pele, entre ele e sua mãe, deve ser estimulado desde o nascimento, como é orientado no quarto passo. Necessita-se mostrar como amamentar e como manter a prática, se houver necessidade da mãe e do bebê ficarem separados, assim como garantir que outros líquidos só sejam oferecidos em situações excepcionais, como preconizados no quinto e sexto passos (OMS, 2000).

A garantia do alojamento conjunto vinte e quatro horas por dia, a orientação de que os bebês sejam amamentados sempre que quiserem, de não se oferecer chupetas ou mamadeiras e a promoção de grupos de apoio encontram-se nos passos sete, oito, nove e dez (OMS, 2000).

Estudos posteriores realizados pela UNICEF, a OMS e outras organizações internacionais comprovam o sucesso da iniciativa ao mostrarem o aumento na duração do AME, a redução das suplementações lácteas, diminuição dos casos de infecção gastrointestinal e de eczema atópico e, ainda, a diminuição na incidência de mastite lactacional nas mães assistidas nesse programa (OMS, 2000).

O país mantém-se numa posição de destaque em relação a países com a China, Reino Unido e EUA, todos de renda considerada alta. Os investimentos nesse campo podem salvar em média 800 mil crianças pelo mundo. Houve a conclusão de que o Brasil reduziu em 20% a mortalidade infantil, apresentando uma média maior que a mundial, segundo dados da OMS (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

“Num dos dois artigos sobre o Brasil publicados na nova série, é destacada a evolução histórica do país no tema do aleitamento: em 1974 as crianças eram amamentadas, em média, por dois meses e meio, e 32 anos depois este número subiu para 14 meses. Em 1986, apenas 2% das crianças de até 6 meses recebiam exclusivamente o leite materno e em 2008 essa taxa saltou para 41%. Ao contrário do Brasil, que trouxe crescimento constante com o passar do tempo, vários países analisados apresentaram queda nos dois números, como a China, que teve redução de 5%” (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Muitos dados são avaliados a fim de se medir como o Brasil está em relação às metas padronizadas em vários programas de saúde. Na atenção primária, utiliza-se o SIAB, o qual tem seus dados atualizados e alimentados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Essas informações são instrumentos importantes para a avaliação e tomada de decisões das equipes.

O armazenamento desses dados propicia a formação do quadro de situação de saúde da população atendida, o que, por sua vez, ajuda na implementação das ações para cada área específica. O propósito utilizado é de contribuir para o planejamento das ações e da gestão da ESF, efetuado com a caracterização do perfil epidemiológico e da situação sanitária, possibilitando a adequação dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

2.2.5 Desmame Precoce e Fatores Associados

Segundo Silva e Pessoa (2012), fatores como a mãe trabalhar fora, a renda, a idade e escolaridade materna, o contexto demográfico e social, o estado civil e a situação nutricional materna podem influenciar diretamente na prática do

aleitamento materno, bem como as diferentes culturas, a introdução de chupetas e líquidos não nutritivos, a percepção materna sobre as dificuldades de amamentar, as orientações dadas na consulta de pré-natal, o atendimento hospitalar no parto e o suporte no pós-parto.

A manutenção do aleitamento materno pode ser influenciada por fatores diversos, entre eles as orientações dos profissionais de saúde, o nível socioeconômico da família, a primiparidade, o trabalho e a idade materna. Caldeira e Goulart (2000), através de um estudo de amostra representativa, realizado sobre a situação do aleitamento materno em Montes Claros/MG, mostram que existem cinco variáveis distintas que são determinantes para o desmame precoce: a assistência pré-natal através da orientação sobre amamentação, a assistência pós-natal imediata no alojamento conjunto e com o auxílio de profissionais, a assistência pós-natal tardia trabalhando a ansiedade materna e a introdução precoce de alimentos, o demográfico (tipo de parto, idade materna, presença de companheiro, número de filhos e experiência prévia de amamentação) e a socioeconômica (renda familiar e escolaridade materna e paterna) (BRASILEIRO, 2012).

Pesquisas realizadas em diversos locais mostram quais fatores estão ligados ao desmame precoce. No Dia Nacional de Vacinação, por exemplo, investigaram-se quais fatores estavam associados ao desmame no Estado de São Paulo, através de amostra compatível com o tamanho da população infantil, para cada município escolhido (VENÂNCIO *et al.*, 2002).

Pela regressão logística, os autores chegaram a seguinte conclusão: quanto maior a escolaridade da mãe, maior a probabilidade de a criança está em aleitamento exclusivo, visto que as mulheres com até quatro anos de escolaridade têm 2,2 vezes mais chances de iniciar o desmame nos primeiros meses de vida dos seus filhos quando comparadas às mães com treze anos ou mais de escolaridade. As mães primíparas e com idade menor de 20 anos, tem 1,2 vezes mais chances de abandonarem o aleitamento exclusivo antes de os seus filhos atingirem os quatro meses de idade (VENÂNCIO *et al.*, 2002).

Determinados fatores que podem vir a influenciar a duração da amamentação nos seis primeiros de vida também foram estudados por Cernadas *et al.* (2003). A pesquisa mostrou que as taxas de aleitamento foram de 83%, 56% e 19%, respectivamente, no primeiro, quarto e sexto mês do pós-parto. Associações

entre a duração da amamentação exclusiva e a idade materna já não foram encontradas, nem número de filhos ou tipo de parto.

No entanto, comprovou-se que a duração da amamentação está relacionada sim com o nível de educação materna. Também foi identificado que as mulheres que tinham amamentado seus filhos mais velhos por ao menos seis meses apresentaram uma frequência 14 vezes maior de aleitamento do que as mães que não haviam amamentado ou amamentado por menos de um mês (CERNADAS *et al.*, 2003).

Como visto anteriormente, muito fatores tem relação direta com a interrupção da amamentação, dentre eles se destaca o trabalho materno. O estudo realizado em uma população de Michigan e Nebraska (EUA) de Schwartz *et al.* (2002) destaca que o retorno da mãe ao trabalho é responsável por 58% do desmame precoce. Dearden *et al.* (2002) e Carrascoza, Costa Junior e Moraes (2006) encontraram resultados semelhantes em estudos realizados em quatro comunidades da Guatemala e em Belém-PA, respectivamente (BRASILEIRO, 2012).

Já a pesquisa realizada por Queluz *et al.* (2012), no município de Serrana/SP, mostrou que as prevalências do aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno (AM) corresponderam a 29,8%, 18,5% e 82,8%, respectivamente. Alguns grupos populacionais precisam ser priorizados em relação à implantação de ações direcionadas ao incentivo ao aleitamento materno. Foi observado que mães com atividades laborais fora de casa, mães adolescentes e os bebês que usavam chupetas fazem parte dos grupos com maior chance de desmame precoce.

A pesquisa dos autores analisou que o trabalho materno fora de casa e sem licença maternidade é o maior fator para abandono do aleitamento materno exclusivo. As nutrizes que estão inseridas no mercado de trabalho apresentam uma situação mais favorável ao desmame precoce, em virtude das dificuldades de conciliar múltiplas funções. Tais dificuldades transformaram-se em motivo de preocupação e angústia e esses sentimentos agem de forma negativa na fisiologia da lactação, por isso as mães que não tem atividades laborais fora de casa aumentam suas chances para o aleitamento.

Logo, é primaz concluir que a licença maternidade permite que a mãe tenha uma fonte financeira que proporcione uma preocupação menor e uma maior

segurança em relação aos custos decorrentes das necessidades diárias, o que torna a segurança no trabalho um dos aspectos facilitadores à prática do aleitamento (QUELUZ *et al.*, 2012).

Os profissionais de saúde que fazem o atendimento dessas mulheres, em qualquer nível de atenção, devem ter ciência sobre a legislação de proteção ao aleitamento, tanto para informar sobre os direitos, como para monitorar seu cumprimento e, se necessário, denunciar irregularidades. No Brasil, há leis e instrumentos legais que protegem as mães com trabalhos formais, como o direito garantido pela Constituição Federal, de 1988:

“Licença maternidade, à empregada gestante é assegurada licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (...) e Direito à garantia no emprego – é vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto” (CF, 1988)

Em 2008, foi criada a Lei nº 11.770, que estimula as empresas a ampliar a licença maternidade das suas funcionárias para 180 dias, por intermédio de concessão de incentivo fiscal. Essa medida vem ao encontro da recomendação da OMS e do Ministério da Saúde de manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança.

Pesquisas revelam que os empregadores que facilitam a amamentação e respeitam as leis trabalhistas, contam com maior interesse e produtividade de suas funcionárias, que chegam a ter menores índices de falta. A CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) destina alguns artigos à proteção dessas mulheres, sendo um deles o direito de dois descansos especiais, de meia hora cada um, em sua jornada de trabalho, até o filho completar seis meses de idade. O período ainda pode ser aumentado baseado no estado de saúde do filho após avaliação médica. Empresas que tenham mais de 30 funcionárias, com idade superior a 16 anos, deverão ter, em suas dependências, creches que podem ser próprias ou mantidas por convênio (SILVA; PESSOA, 2012).

Sobre os fatores associados ao desmame, nos estudos citados anteriormente, sugere-se, também, à inadequação da qualidade ou da quantidade do leite produzido, que são responsáveis diretos na introdução de outros tipos de alimentos ou mesmo de outros leites na dieta da criança. Deve-se ficar atento no quanto à mãe

observa a satisfação da criança, fazendo disso o principal indicador da sua capacidade de amamentar, e isso influenciará a decisão de manter ou não a prática do aleitamento.

2.3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Tão importante quanto amamentar é saber quando e como iniciar a alimentação complementar, visto que a OMS orienta o aleitamento até dois anos ou mais. Posto isso, é necessário entender a importância da nutrição como um todo, para então mostrar como ela atua na infância como aliada à prática de alimentação saudável.

Ao processo de fornecimento dos nutrientes aos organismos animais e vegetais, dá-se o nome de nutrição. A nutrição é conhecida também como a ciência que pesquisa as interações entre as doenças e o alimento ingerido pelo homem, buscando com isso a preservação da saúde humana (PHILIPPI, 2014).

Philippi (2014) afirma que as práticas e a promoção de hábitos alimentares iniciam-se na infância com o aleitamento materno e consolidam-se ao longo do tempo, na busca pela “qualidade de vida”. O termo pode ser entendido como tudo aquilo que é considerado bom, desejável e saudável, seja na área afetiva, pessoal, social ou profissional. Para que haja uma adequada qualidade de vida, porém, torna-se necessária a integração dessas áreas com a alimentação saudável, como condição essencial para manutenção adequada da saúde.

A alimentação está profundamente ligada à saúde e ao crescimento/desenvolvimento de uma criança, pois uma nutrição adequada tem repercussões ao longo da vida, auxiliando no aumento da atividade vital na infância. Nos dois primeiros anos de vida, a prática alimentar tem uma forte influência na formação dos hábitos alimentares da criança, induzida inteiramente pela família. Os hábitos de alimentação, quando se tornam desfavoráveis, são muito difíceis de reverter e podem levar ao aumento dos distúrbios alimentares e da morbimortalidade infantil. Essas alterações, desajustes ou carências nutricionais em fases precoces, como na infância, resultam em consequências graves para as funções fisiológicas na idade adulta (FERREIRA, 2015).

Portanto, os alimentos usados como complemento ao aleitamento materno, devem suprir as quantidades satisfatórias de vitaminas, minerais, proteínas, gorduras, energia e água nessa fase e devem, ainda, ser agradáveis ao paladar da criança e acessíveis econômica e culturalmente pela família (BRASIL, 2015).

Todo alimento oferecido à criança amamentada, e que não seja o leite humano, é denominado alimento complementar. Os alimentos de transição são os especialmente preparados para as crianças menores, até que elas possam vir a consumir a alimentação da família. Antigamente denominavam-se esses alimentos de “alimentos de desmame”, porém, o termo caiu em desuso, pois dava a impressão errônea de que estes eram usados para provocar o desmame total e não a complementação ao leite materno (BRASIL, 2002).

Essa fase da alimentação infantil é repleta de dificuldades, receios, dúvidas e ansiedades, tanto das mães quanto dos cuidadores. Por isso, para ajudar os profissionais de saúde na orientação específica no que diz respeito à alimentação saudável das crianças brasileiras menores de dois anos, o Ministério da Saúde lançou em 2002, o guia “Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável” (BRASIL, 2002).

O guia foi revisado e reeditado em 2013, levando em consideração as orientações das organizações de saúde como a OPAS (Organização Pan Americana da Saúde) e a OMS, adequando-se sempre à realidade dos hábitos alimentares nacionais. Atualmente, esses são os Dez Passos recomendados (BRASIL, 2013):

- 1) Passo 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;
- 2) Passo 2 - Ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;
- 3) Passo 3 - Ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno;
- 4) Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;

- 5) Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
- 6) Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;
- 7) Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
- 8) Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
- 9) Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;
- 10) Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Esses passos podem ser seguidos durante as consultas de puericultura e adequados conforme os hábitos alimentares das famílias atendidas. Daí a importância do profissional de saúde conhecer a realidade da região brasileira onde trabalha, para com esse conhecimento específico aprimorar seu aconselhamento nutricional.

A família toda deve ser estimulada a cuidar da alimentação complementar da criança, pois o sucesso dessa prática depende do afeto, suporte e paciência da mãe ou cuidador. Enquanto o aleitamento materno deixa a criança fortemente ligada à mãe, a alimentação complementar gera uma interação com os outros membros da família, sejam pais, avós, irmãos ou outros cuidadores (BRASIL, 2015).

É importante ficar alerta ao risco nutricional do bebê que desmamou precocemente, considerando as potenciais complicações, de longo ou curto prazo, e que envolvem o uso do leite de vaca integral, o curto período de amamentação exclusiva, a introdução precoce de alimentos industrializados que são ricos em gorduras trans, sal e açúcar, o consumo de macronutrientes inadequados e a baixa ingestão de micronutrientes, principalmente os ligados à defesa antioxidante, que podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares (VICARI, 2014).

Para Vicari (2014), a preparação para introdução gradativa de novos alimentos, chamados de complementares, vem com o aleitamento materno, por isso, havendo o desmame precoce, tanto o crescimento quanto o desenvolvimento podem ser comprometidos. Alimentos introduzidos antes do tempo certo podem interferir na absorção de importantes nutrientes, levando à carência nutricional, o que pode gerar não só a desnutrição, mas também a obesidade.

A autora afirma ainda que o desmame precoce pode desencadear a obesidade ainda no primeiro ano de vida da criança. Não é só o desenvolvimento cerebral, a composição e o crescimento corporal que podem ser afetados pela má nutrição no início da vida, mas também toda a programação metabólica que está relacionada com as doenças crônicas nos adultos, como o sobrepeso e a obesidade.

Vicari (2014) analisou 32 artigos, em uma revisão integrativa, sobre alimentação e obesidade infantil e chegou à conclusão que, sem dúvida, o aleitamento materno é a melhor escolha. Com base na literatura, o estudo concluiu a necessidade de seguir com a conduta prescrita pela OMS de amamentar exclusivamente até os seis meses e complementar até os dois anos ou mais, pois tanto a introdução de alimentos inadequados quanto o desmame precoce oferecem risco maior de obesidade.

No período da complementação alimentar, as necessidades nutricionais estão mais elevadas, por isso se faz necessária a complementação com alguns micronutrientes. Pode-se usar como exemplo a suplementação do ferro, utilizado na criança de seis a dezoito meses, no intuito de evitar a anemia ferropriva, bem como a megadose semestral de vitamina A, realizada nas unidades básicas de saúde, no combate a hipovitaminose específica.

A complementação de micronutrientes é um pequeno exemplo de intervenção na promoção da saúde da criança menor de dois anos. O processo em sua totalidade inclui, ainda, a avaliação do cartão de vacina e todas as diversas orientações dadas pela equipe de saúde na consulta de acompanhamento de puericultura (BRASIL, 2013).

O período adequado para introdução dos alimentos deve ser definido levando em consideração as necessidades nutricionais e a maturidade neuromuscular e fisiológica da criança. Antes dos quatro meses de idade ainda não há o desenvolvimento fisiológico necessário para que se possa receber alimentos

sólidos. Nesse período, apesar de já estar desaparecendo o reflexo de protrusão da língua (quando algo é colocado na boca do bebê e por reflexo joga-o fora), a criança ainda não tem o controle neuromuscular da cabeça e do pescoço, que a faria demonstrar desinteresse ou saciedade ao jogar a cabeça pra trás (BRASIL, 2015).

Essas limitações funcionais fazem com que, nesse período, a criança esteja preparada apenas para receber refeição líquida, sendo a melhor oferta sempre o leite materno. Em torno dos quatro a seis meses de vida, a alimentação pastosa é mais bem tolerada, tanto pelo desaparecimento do reflexo da protrusão como pela maturidade dos intestinos e dos rins (BRASIL, 2015).

Aos seis meses, a criança que recebeu leite materno com exclusividade consegue desenvolver o autocontrole na ingestão de nutrientes, desenvolvendo a capacidade de distinguir a fome e a saciedade, sendo capaz de ainda bebê, assumir o controle dos alimentos que consome e dos intervalos entre as alimentações segundo suas necessidades nutricionais.

Entre os seis e os doze meses, o leite materno contribui com a metade da energia necessária nessa fase. Dos doze aos vinte e quatro meses, o leite é responsável por um terço da necessidade diária. Por isso, o leite materno se mostra como uma importante fonte de energia e nutrientes mesmo após os seis meses de vida, reduzindo o risco de adoecimento e morte das crianças que seguem essa rotina alimentar (BRASIL, 2015).

Quando a criança passa a receber outro alimento além do leite materno, ela entra em processo de desmame. Os alimentos definidos como complementares são aqueles oferecidos às crianças que estejam em aleitamento, podendo ser sólidos ou semissólidos. Quando se introduz precocemente os alimentos complementares antes do período recomendado, além da manutenção do aleitamento ficar comprometida, ainda há o risco de obesidade, de doenças cardiovasculares na fase adulta e de maior risco para doenças infecciosas na infância, tudo devido à insuficiência nutricional que não será suprida de maneira adequada nessa fase importante do desenvolvimento (OMS, 2001).

2.4 ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No documento sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012), o Ministério da Saúde conceitua a Atenção Básica da seguinte forma:

“(...) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 40).”

O órgão afirma, ainda, que a Atenção Básica no Brasil é altamente descentralizada e desenvolvida próxima das pessoas. É o contato primário do usuário com o serviço de saúde e deve ser a porta de entrada de toda a rede de atenção à saúde. Por isso, torna-se fundamental que ela se oriente pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Uma das garantias de acesso à atenção básica é a instalação das unidades de saúde bem próximas de onde as pessoas estudam, trabalham ou moram. Mas prover essas unidades com uma infraestrutura necessária para dar conta do atendimento de saúde, num país com cerca de 200 milhões (atualizado pelos dados IBGE em julho de 2015) de habitantes, é um desafio ao sistema de saúde público (BRASIL, 2012).

No entanto, tenta-se diariamente superar esse desafio, pois as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) avançam substancialmente ao longo dos anos, acompanhando o progresso e fortalecendo o Sistema Único de Saúde. As esferas governamentais, municipais, estaduais ou federais, juntam-se aos trabalhadores e estabelecimentos de saúde ao concordarem que a APS é efetiva e eficaz no desempenho dos sistemas de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária tem evidências que comprovam sua capacidade para resolver 85% das necessidades de saúde, realizando para isso, serviços reabilitadores, curativos, preventivos e de promoção à saúde. Ela diferencia-se da atenção secundária e da terciária em muitos aspectos, principalmente

na dedicação aos problemas de saúde mais frequentes, sejam complexos ou simples, que podem se mostrar difíceis para identificação na fase inicial.

Maciel, Caldeira e Diniz (2014), em seu estudo ecológico de análise longitudinal retrospectiva, utilizaram dados documentais de 2003 a 2012, do estado de Minas Gerais, e confirmaram que o modelo de cuidado primário, implantado nesse estado por meio da Estratégia Saúde na Família, é de boa resolutividade e demonstrou, ainda, a “des-hospitalização” nos últimos anos proveniente das condições sensíveis do cuidado primário em saúde.

Para melhor conhecimento faz-se importante listar os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, conforme a PNAB (BRASIL, 2012):

- I. Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- III. - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção;
- V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das

peças e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Os termos “Atenção Primária à Saúde (APS)” e “Atenção Básica (AB)” são considerados equivalentes, assim como as diretrizes e os princípios definidos e citados na PNAB. Também é visto, no mesmo documento, que a tática prioritária de expansão e consolidação da atenção primária é a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominada de Programa Saúde da Família, foi criada em 1994, a partir da implantação do SUS, no intuito de reorganizar a técnica assistencial com novos critérios e bases, a fim de reorientar o modelo vigente de atenção à saúde que existia no Brasil. A estratégia visa prestar, na unidade e domicílio, uma assistência resolutiva, de qualidade, que seja contínua e integral às necessidades de uma população adscrita (FONSECA, 2010).

Para o autor, a ESF tem por objetivo humanizar a relação do profissional com a população atendida, assim como, adotar a saúde como um direito de cidadania e fórmula da qualidade de vida; incitar o controle social; incorporar a promoção da saúde ao trabalho interdisciplinar; nomear a família como base da abordagem no atendimento à saúde; criando com isso laços de corresponsabilidade e compromisso entre usuários e profissionais de saúde.

Cada equipe multiprofissional é responsável por 4.000 pessoas, no máximo, e formada por, no mínimo, um médico; um enfermeiro; um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais da saúde bucal (cirurgião dentista ou auxiliar/técnico em saúde bucal) podem complementar a equipe. Determina-se que, considerando o grau de vulnerabilidade, o número de pessoas atendidas aumente ou diminua, conforme a realidade da área de atendimento (BRASIL, 2012).

“As equipes de SF são responsáveis pela promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida (por exemplo: cuidado da criança e cuidado do idoso)” (BRASIL, 2011).

Dentro desse contexto, os profissionais de saúde já ficam familiarizados com seus pacientes e seus problemas, facilitando assim seu acompanhamento, diagnóstico e possível tratamento. O atendimento se dá de maneira programada e sistematizada, aproximando e fortalecendo o vínculo profissional/paciente.

Levando em consideração as unidades básicas instaladas e prestando atendimento à população de sua área adscrita, percebe-se que o nível básico em saúde é de fundamental importância para o apoio, promoção e a proteção ao aleitamento materno e a alimentação complementar, em comparação ao nível terciário de atendimento.

No atendimento à criança, a equipe básica de saúde tem a oportunidade de manter e promover o bem-estar da população infantil da sua área, fazendo isso através dos programas da atenção básica e vigilância à saúde. A rede de atenção básica tem seus serviços voltados para eixos referenciais, sendo um deles o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, voltados para as atividades de atenção à criança, levando-se em conta o estado afetivo, biológico, psíquico e social das mesmas (LIMA *et al.*, 2009).

O fato de a criança ser uma criatura vulnerável justifica a necessidade de uma assistência periódica e sistemática. Para isso, realiza-se a consulta de puericultura, com o objetivo de acompanhar a criança saudável, no intuito de diminuir a incidência de doenças e de aumentar sua chance em alcançar todo o seu potencial de desenvolvimento e crescimento (VASCONCELO, 2012).

Tal acompanhamento sistemático e periódico das crianças, no intuito de avaliar seu desenvolvimento e crescimento, conferir o cartão de vacina, orientar as mães sobre higiene ambiental e individual, esclarecer sobre a prevenção acidentes, sobre o aleitamento materno, e, também, identificar precocemente agravos para uma intervenção apropriada e efetiva, dá-se o nome de Puericultura.

Para o funcionamento ideal desse programa de acompanhamento, é necessário que toda a equipe de saúde atue de forma coesa, possibilitando o aumento na oferta de serviços através das consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e pelos grupos educativos (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

O Ministério da Saúde preconiza sete consultas no primeiro ano de vida, deixando as equipes de saúde livres para adaptar a frequência mediante a sua ne-

cessidade, duas consultas dos 12 aos 24 meses e uma consulta ao ano dos 36 aos 72 meses de vida (VASCONCELO, 2012).

Na UBASF, localizada no município de Fortaleza/CE, onde se realizará o presente estudo, funcionam quatro equipes de saúde da família, todas realizando semanalmente a puericultura conforme tal preconização, havendo pequenas diferenças na composição das equipes e na maneira de realizar a puericultura, no que diz respeito à marcação de primeira consulta e de retorno da criança.

Durante esse acompanhamento são feitas orientações sobre diversos assuntos. A depender da idade da criança no dia da consulta, são falados desde cuidados específicos de saúde e higiene, até os procedimentos mediante as mudanças no comportamento da criança. No entanto, o assunto alimentação se adequa a toda idade e, por tal motivo, é sempre pautado.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Conhecer a prática utilizada pelas mães na nutrição de seus filhos no primeiro ano de vida.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil socioeconômico das mães entrevistadas;
- b) Descrever a prática do aleitamento materno das participantes;
- c) Apresentar como se dá a transição do aleitamento materno exclusivo ou misto para a alimentação complementar e quais alimentos mais utilizados nesta prática;
- d) Relatar como as mães descrevem a alimentação de seus filhos no primeiro ano de vida;
- e) Averiguar a contribuição do atendimento em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará-Brasil na adequação alimentar durante o primeiro ano de vida.

4 MÉTODO

Este capítulo expõe os aspectos metodológicos deste trabalho, incluindo o tipo de pesquisa, os sujeitos de pesquisa, o perfil dos entrevistados, o local e o período do estudo, a coleta de dados e o tratamento destes, além dos aspectos éticos pertinentes às pesquisas na área de saúde.

4.1 TIPO DE PESQUISA

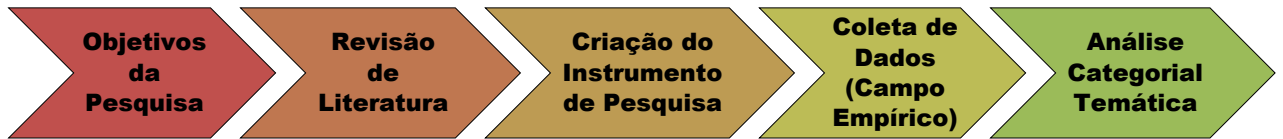
Quanto aos fins o presente estudo possui caráter qualitativo, pois procura compreender o fenômeno estudado, focando na compreensão de sua dinâmica em condições particulares. Quanto aos meios a presente pesquisa pode ser classificada como bibliográfica e de campo (VERGARA, 2012). A pesquisa é bibliográfica, pois, para sua fundamentação teórica, recorreu-se ao uso de publicações científicas, como teses, dissertações, livros e artigos. E é de campo, pois é uma investigação empírica realizada onde o fenômeno ocorre, ou ainda no local onde o mesmo pode ser explicado por elementos diversos.

A combinação desses elementos busca responder à questão de pesquisa e analisar a prática utilizada pelas mães na alimentação de seus filhos no primeiro ano de vida. Para Motta-Roth (2003), o corpus da pesquisa compreende a literatura sobre o assunto e as observações de campo, quando fatos humanos ou sociais são estudados.

Esse tipo de pesquisa [...] é desenvolvida por meio de instrumentos de observação, como o questionário ou a entrevista. Os fatos humanos e sociais são observados tal qual ocorrem, atentando-se para as variáveis que afetam esses fatos, na tentativa de confirmar ou rejeitar hipóteses (MOTTA-ROTH, 2003, p. 70).

Torna-se importante destacar aqui a acuidade da natureza qualitativa desta pesquisa. De acordo com Bauer e Gaskell (2002), pesquisas qualitativas são emergentes e não admitem regras precisas em função de sua diversidade e flexibilidade. A pesquisa qualitativa exige do pesquisador a imersão no contexto estudado, tornando-se ele o principal instrumento de averiguação, pois a ele cabe a análise dos dados investigados. O caminho metodológico percorrido durante esta pesquisa está exposto na FIG. 01, a seguir:

Figura 1 - Etapas da Pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 SUJEITOS DE PESQUISA

Com a finalidade de responder à questão de pesquisa e atendendo aos objetivos específicos, buscou-se analisar a prática utilizada pelas mães na alimentação de seus filhos no primeiro ano de vida. Para isso, foi explorada a realidade das famílias residentes na área de abrangência de uma UAPS, que possui quatro áreas distintas no que diz respeito ao perfil do usuário.

O estudo foi realizado com 22 mães que estavam na unidade de saúde para realização da consulta de acompanhamento (puericultura) dos seus filhos. Os critérios de inclusão abrangeram mães de crianças saudáveis que, no período da pesquisa, estavam na faixa etária de 6 a 12 meses e que tinham realizado, no mínimo, duas consultas de puericultura.

O critério de exclusão foi o de mães de crianças que não foram amamentadas. Já os critérios de descontinuidade do estudo consideraram o falecimento dos indivíduos participantes da pesquisa ou sua desistência em participar.

Por questões éticas e metodológicas, os nomes das mães e das crianças foram omitidos. Sendo assim, as mães entrevistadas foram nomeadas por letras e números, M1, M2, M3 e assim sucessivamente, bem como as crianças foram nomeadas como C1, C2, C3 e assim sucessivamente.

4.3 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada de forma presencial entre maio e julho de 2017, em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS), localizada em Fortaleza-Ceará-Brasil, que conta com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, com território de atuação abrangendo três bairros: a totalidade do Jardim Cearense e algumas ruas dos bairros Mondubim e Maraponga.

A população cadastrada na UAPS é, em média, de 25.000 pessoas e a

escolha do campo empírico deu-se, além da facilidade de acesso, pela percepção prévia da pesquisadora de dois fatores: (i) a queda no índice de aleitamento materno exclusivo nos últimos quatro anos e (ii) a diminuição na frequência das consultas de puericultura no mesmo período.

A unidade de saúde tem quatro equipes de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família, as mesmas são divididas por cores para facilitar a identificação pelo usuário. A coleta de dados deu-se em dias de puericultura e do total de entrevistadas, 16 eram da equipe verde, 04 da lilás e 04 da amarela. A equipe azul não foi contemplada, pois no primeiro período da coleta os profissionais encontravam-se de férias e no segundo as mães abordadas não quiseram participar do estudo.

4.4 COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados foi a entrevista. Esta técnica tem contribuído de forma relevante para o desenvolvimento das ciências sociais e de saúde (GODOI; BANDEIRA-DE-MELO; SILVA, 2010). De acordo com os autores, as entrevistas utilizadas nesse trabalho são baseadas em roteiro e caracterizadas pela preparação prévia deste, porém com flexibilidade para o entrevistador formular e ordenar novas perguntas ao longo da entrevista.

Para responder à questão de pesquisa desse trabalho, realizou-se o total de 22 entrevistas. Tendo por base o objetivo principal e os objetivos específicos estabelecidos nesta pesquisa, elaborou-se um roteiro de entrevista (Apêndice A) com uma parte para categorização do sujeito da pesquisa e cinco questões abertas que tratavam dos principais tópicos estudados.

Utilizou-se o princípio de saturação teórica, interrompendo-se a coleta de dados quando há constatação que novos elementos não são mais identificáveis a partir do campo de observação, de forma a subsidiar a teorização almejada (FONTALELLA *et al.*, 2011).

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Todas as entrevistas foram gravadas e, após a coleta de dados, elas foram transcritas e analisadas segundo a técnica de análise categorial temática (BARDIN, 1995).

O método compreendeu certas etapas que guiam o processo de pesquisa e foram seguidas neste estudo, a saber: (i) pré-análise, (ii) exploração ou análise do material e (iii) inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 1995). A pré-análise foi o momento de organização do material, onde se deu a leitura geral das falas, observando-se a coerência entre os dados obtidos e os objetivos propostos.

Na exploração e análise do material, houve a definição de categorias *a posteriori*, classificadas e agregadas após processo de categorização que, segundo Bardin (1995) é a “técnica que consiste no isolamento de temas e extração posterior de partes utilizáveis”, chamada de análise temática. Bardin (1995) afirma que categorias são classes que reúnem elementos sob um título único e genérico, levando em consideração as semelhanças de suas características. As categorias de análise podem conter palavras, expressões ou parágrafos inteiros, portanto, é possível afirmar que “categorizar implica isolar elementos para, em seguida, agrupá-los” (VERGARA, 2012, p. 18).

Por fim, na etapa de inferência e interpretação, os dados empíricos que foram transcritos e categorizados, foram interpretados e confrontados com a teoria que deu suporte à pesquisa para o cumprimento dos objetivos propostos, na busca de relações e contradições. Salienta-se que, antes de mergulhar no campo empírico, a primeira fase da pesquisa contemplou uma revisão integrativa para elaboração do referencial teórico, que compreendeu trabalhos sobre aleitamento materno, desmame, puericultura e estratégia de saúde da família.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, segundo Resolução nº. 466/12 (BRASIL, 2012b) e aprovada sob o número 58412116.0.0000.5534.

Aos participantes da pesquisa foi garantida a confidencialidade e a

privacidade, a não-estigmatização e a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Aos que aceitaram, houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma do participante e a outra do pesquisador.

A pesquisa qualitativa geralmente não apresenta riscos físicos para os entrevistados, nem tampouco desconforto, a não ser em algumas ocasiões de compartilhamento de informações de cunho pessoal ou confidencial que possam a vir causar incômodo ao sujeito. Em tais ocasiões, coube ao entrevistador deixar claras as garantias dos termos da pesquisa, fazendo com que o entrevistado pudesse se sentir à vontade para partilhar verdadeiramente as informações.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O perfil das mães que participaram do estudo está descrito a partir dos dados obtidos nas entrevistas. O Quadro 1 aponta o resumo destas informações:

Quadro 1 - Resumo dos Entrevistados

Criança	Idade	Mãe	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Outros filhos	Renda Familiar	Obs. Renda
C1	11 meses	M1	39	Ensino fundamental	Separada	2	R\$ 500,00	Bicos
C2	6 meses	M2	14	Ensino fundamental	União estável	0	R\$ 800,00	-
C3	7 meses	M3	36	Superior	União estável	1	R\$ 2.000,00	-
C4	9 meses	M4	36	Ensino fundamental	Solteira	3	R\$ 200,00	Bolsa Família
C5	6 meses	M5	18	Ensino Médio	União estável	0	R\$ 800,00	-
C6	Não amamentou (critério de exclusão)							
C7	8 meses	M7	19	Ensino Médio	União estável	0	R\$ 1.300,00	-
C8	6 meses	M8	25	Ensino fundamental	União estável	1	R\$ 3.000,00	-
C9	8 meses	M9	18	Ensino fundamental	União estável	0	R\$ 900,00	-
C10	9 meses	M10	20	Ensino fundamental	União estável	0	R\$ 1.200,00	-
C11	9 meses	M11	26	Ensino superior	União estável	0	R\$ 1.000,00	-
C12	9 meses	M12	17	Ensino Médio	Solteira	0	Não informado	Mora com avós, não sabe
C13	10 meses	M13	18	Ensino Médio	União estável	0	Não informado	Não sabe ao certo
C14	9 meses	M14	18	Ensino Médio	Solteira	0	R\$ 1.500,00	Mora com os pais
C15	8 meses	M15	40	Ensino Médio	Casada	0	R\$ 1.000,00	-
C16	9 meses	M16	19	Ensino Médio	Solteira	0	Não informado	Mora com a avó, não sabe
C17	8 meses	M17	30	Ensino fundamental	União estável	0	R\$ 2.000,00	-
C18	7 meses	M18	24	Ensino Médio	União estável	0	R\$ 1.102,00	-
C19	10 meses	M19	28	Ensino fundamental	Solteira	4	R\$ 427,00	Bolsa Família
C20	8 meses	M20	25	Ensino Médio	Casada	2	R\$ 1.600,00	-
C21	8 meses	M21	23	Ensino Médio	Casada	0	R\$ 1.200,00	-
C22	7 meses	M22	24	Ensino Médio	União estável	0	R\$ 800,00	-
C23	9 meses	M23	24	Ensino Médio	Casada	0	R\$ 800,00	-

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise do quadro não mostra uma diferença importante de faixa etária, já que nove encontram-se na faixa etária dos 20 aos 30 anos, cinco tem mais de 30 anos e oito são adolescentes (< 19 anos).

Quanto a escolaridade, apenas uma mãe tem ensino superior e outra está em curso, enquanto a maioria não terminou sequer o ensino médio, sendo uma com ensino fundamental completo, sete com ensino fundamental incompleto e quatro com ensino médio incompleto. Apenas oito delas terminaram o ensino médio. Esse resultado corrobora com a pesquisa realizada por Silva e Pessoa (2012) na qual um dos fatores que dificulta o aleitamento exclusivo é a baixa escolaridade.

A união estável é o estado civil de 12 das mães participantes da pesquisa, onde cinco são solteiras, quatro são casadas e uma está separada do companheiro. Nas narrativas não há ligação do estado civil com a questão nutricional de seus bebês.

Das entrevistadas, 16 delas são primíparas e apenas seis tem mais de um filho. Segundo Caldeira e Goulart (2000) a manutenção do aleitamento materno pode ser influenciada por vários fatores, dentre eles a primiparidade.

Quanto a renda familiar, a metade das participantes ganhavam mais de um salário mínimo, cinco recebiam de R\$500,00 a menos de um salário, três tinham renda de até R\$ 500,00 e apenas três não sabiam responder pois moravam e dependiam financeiramente de parentes.

Em resumo, o quadro mostra que a maioria das participantes está na faixa etária dos 20 aos 30 anos (41%), não terminou o ensino médio (54%), é primípara (73%) e possui renda familiar de mais de um salário mínimo (50%). Tais características – idade, escolaridade, primiparidade e renda – são citadas nos trabalhos de Caldeira e Goulart (2002), Venâncio *et al.* (2002), Cernadas *et al.* (2003) e Silva e Pessoa (2012) como fatores determinantes para adesão ao aleitamento materno.

Na avaliação dos dados, percebeu-se, ainda, que 54,5% das mães amamentaram exclusivamente seus filhos até os seis meses de vida, 68% das entrevistadas mostram-se seguras quanto à alimentação ofertada na transição alimentar, e que, das mulheres que iniciaram o desmame precoce, 50% utilizou mingau e 50% fez uso da fórmula infantil.

Durante a análise das falas destacaram-se três categorias temáticas, que foram devidamente divididas em subcategorias para a realização de uma melhor avaliação dos temas propostos nos objetivos do trabalho. Estas categorias de análise estão expostas no Quadro 2, logo abaixo:

Quadro 2 - Categorias de Análise da Pesquisa

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Prática do Aleitamento Materno	Experiência da amamentação; Aleitamento materno exclusivo; Dificuldade em amamentar; Aleitamento materno predominante, misto ou parcial; Apoio para amamentar.
Transição Alimentar	Introdução de novos alimentos; Dificuldade na introdução de novos alimentos; Apoio na transição alimentar; Preocupação com a alimentação ofertada na transição e com a alimentação atual.
Atendimento na Unidade de Saúde	Satisfação no acompanhamento; Dificuldade de realizar o acompanhamento.

Fonte: Elaborado pela autora.

Abaixo seguem as análises e discussão das categorias emergidas no campo empírico.

5.1 PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

5.1.1 Experiência da amamentação

Ao serem indagadas sobre como se sentiam amamentando e como havia sido a experiência da amamentação, as mães enfatizaram, em sua maioria, sentimentos mesclados de prazer e satisfação com relação à experiência. Afirmaram ser a amamentação uma experiência ímpar, mas que requer cuidados, dedicação e muito apoio.

Havia encanto e alegria por parte das mães que conseguiram amamentar, seja exclusivamente até os seis meses ou mesmo por pouco tempo. As falas são recheadas de termos como “experiência fantástica”, “foi muito bom”, “experiência única”, conforme vê-se abaixo:

“Ah, foi muito boa [experiência de amamentar], se eu pudesse todo ano eu tinha um menino. Eu gosto de amamentar e gosto de cuidar de menino” (M1)

“Achei a experiência [de amamentar] fantástica. Eu já tinha feito uma vez, mas como foram 12 anos após, é como se fosse a primeira vez novamente, ainda mais com essa situação que contei anteriormente” (M3)

“Ah, pra mim foi uma experiência muito boa [a de amamentar], as outras três filhas não mamaram e ele mamou até agora, até agora com 9 meses ele tá mamando. É uma sensação muito boa, eu gostei da experiência” (M4)

“A experiência [de amamentar] foi muito boa, amamentando eu me senti muito bem, gostei.” (M7)

Foi ótima [a experiência da amamentação], ele mamou super bem. É inexplicável, uma experiência muito boa, você ver seu filho no seu braço, mamando no leite que seu corpo produziu pra ele. Ele olhando pra você, é algo inexplicável. A experiência boa que eu vou guardar pro resto da minha vida. (M9)

“Eu me senti “maravilhada” (risos) porque assim só de ver a “alegriazinha” dela pra mim foi muito bom né? E pela saúde dela também que é muito bom né, a criança mamar. Então pra mim foi muito bom, foi ótimo. Ainda tô ainda dando de mamar por que é bom.” (M15)

“Ah você se sente mãe de verdade, a gente fala assim: “ah eu tive vários filhos, mas a amamentação, ela é (...), eu tive vários filhos mas nenhum filho meu amamentou”, então você não teve a sensação de ser a mesma mãe de quando você amamenta, é muito diferente, por mim eu tinha dado exclusivo mas (...). A experiência de amamentar é única.” (M21)

Percebe-se certo orgulho nas falas das entrevistadas que conseguiram amamentar, mostrando que o empenho das mesmas pode ser usado pelo profissional de saúde como fator de motivação.

Os relatos corroboram com o que aponta o Ministério da Saúde, quando este afirma que a prolactina e a ocitocina, liberadas durante a sucção do bebê ao seio, são responsáveis pela produção do leite e estão condicionadas a vários estímulos, tais como a visão, o cheiro e o choro da criança. Há também fatores emocionais que atuam nesse processo, como a tranquilidade durante o ato de amamentação, a autoconfiança e a motivação da mãe (BRASIL, 2015).

A satisfação, tranquilidade e segurança apresentada por elas demonstram o quanto esses sentimentos atuam positivamente na produção láctea e ajudam diretamente na adesão ao aleitamento materno exclusivo, pois se há leite e o bebê suga sem maiores complicações, o ato em si fica mais fácil.

No entanto, não se pode esquecer que mesmo com uma boa produção láctea e com uma pega correta, não se garante o sucesso do aleitamento, já que existem muitos outros fatores que interferem na amamentação, nos quais o profissional deve ficar atento durante o atendimento.

5.1.2 Aleitamento materno exclusivo

Ao se falar em aleitamento materno exclusivo, pouco mais da metade das entrevistadas (54,5%) afirma ter amamentado exclusivamente seus filhos até os 6 meses de idade, percentual abaixo do que preconiza a OMS (90 a 100% de aleitamento), porém, acima do que foi encontrado, por exemplo, na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal – PPAM/Capitais e DF (BRASIL, 2009b), quando os dados apontavam que 32,9% de mães amamentavam exclusivamente na capital Fortaleza.

A prática da amamentação exclusiva está presente nas falas das entrevistadas:

Foram 6 meses [de amamentação exclusiva], quase 7, porque ela não aceitou muito bem os novos alimentos. Eu parei [a amamentação exclusiva] porque ela completou a época, pela idade. (M3)

Ele só mamou até os 6 meses e aí eu parei de dar só a mama porque depois dos 6 meses ele começou a comer as outras coisas, mas ainda continua mamando. Parei porque chegou a idade de alimentar. (M4)

Meu filho até os 6 meses só mamou. (M7)

Até os seis meses, ela só mamou, foi exclusivo, só o peito. Ainda hoje ela mama. (M12)

Ele só mamou por 6 meses e mesmo quando eu dei outros alimentos, ele ainda continuou mamando, tá no peito ainda. (M20)

Eu amamentei durante seis meses seguidos, sem dar água e nem nada, só aleitamento materno durante seis meses. (M23)

O Brasil, no início de 2016, foi reconhecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - agência da ONU que representa a Organização Mundial da Saúde (OMS) nas Américas - e pela revista científica britânica The Lancet como referência mundial em aleitamento materno (ONUBR, 2016).

O estudo realizado em 153 países mostrou que o Brasil tem posição de destaque em relação a nações de alta renda como Estados Unidos, Reino Unido,

Portugal, Espanha e China, em função das políticas públicas para incentivo ao aleitamento materno, adotadas há pelo menos 30 anos, e comprovou que, apesar das características de subdesenvolvimento do país, o Brasil tem o melhor modelo a ser seguido.

De maneira geral, como foi mostrado na revisão de literatura, o país possui várias políticas públicas voltadas ao incentivo do aleitamento materno, principalmente a nível pós-parto imediato, realizado pelas maternidades e hospitais amigos da criança. Após a alta da puérpera e do bebê, a atenção básica fica sendo a responsável por esse incentivo, incluindo a orientação de uma alimentação mais saudável, continuando o que já vinha sendo feito na assistência ao pré-natal.

Para unificar essas ações e aumentar os índices da amamentação exclusiva, existem até manuais a serem seguidos, como por exemplo, “Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. No entanto, observa-se que esse manual necessita de aprimoramento, pois é necessário considerar as particularidades de cada região, adaptando-as às diferenças de costumes, mitos e crenças de um país de grandes dimensões, como o Brasil.

5.1.3 Dificuldade em amamentar

Algumas mães referiram-se às dificuldades encontradas, como é possível observar nas falas abaixo:

Minha experiência [de amamentar]? Olha, no começo foi bem difícil por que (...) ah, porque foi difícil, eu não sabia. Meu peito cheio de leite e eu “meu Deus essa menina tá com fome! Não tá mamando. Não tenho leite no meu peito e meu peito cheio de leite” (risos) Foi bem difícil pra mim. Aos poucos foi mudando, no início foi difícil, depois eu fui me adaptando, fui aprendendo, fui vendo, vivenciando e tudo ótimo até agora. Foi melhorando. (M5)

Olha, no começo foi difícil, mas depois eu fui aprendendo aí ficou melhor, porque eu sofri muito nos primeiros meses que eu não sabia dar direito e era só eu pra dar a mama, pra poder ajeitar o peito, o peito às vezes ficava muito duro, ela não conseguia pegar mas depois que aprendeu pronto, ficou fácil. Eu gostei, ainda tô dando de mamar ainda. (M15)

Eu queria, gostaria muito que ele amamentasse até hoje né [...] Eu queria muito, até lutei muito pra que isso tivesse acontecido, mas não aconteceu. A dor era grande [de desmamar e dar na chuquinha]. Eu parei com 15 dias porque eu vi que tirava e mal tirava já tinha que dar. Não tava conseguindo mais guardar aquela chuquinha cheia né? Aí eu tava vendo que não tava dando a ele o suficiente pra ele ficar satisfeito. Aí eu comecei a dar a “fórmula infantil” e quando eu conseguia tirar, o pouco que eu tirava ainda dava, nessa peleja ainda foi quase 1 mês. Tirava bem pouquinho, até meu

marido dizia que isso nem serve, mas o pouco que ele tomava tinha que servir. (M18)

Eu só tenho ela e eu era doída pra amamentar, só que aí ela mamava um pouquinho e só fazia dormir no começo, dormia, dormia, dormia, aí eu ficava acordando ela e ela não queria mamar de jeito nenhum. Aí teve que colocar logo leite, não deu certo a mama, só foi até os dois meses. Na verdade, ela só mamou 25 dias. (M22)

Apesar de ser perceptível a vontade de amamentar, faz-se necessário um maior apoio profissional no sentido de aumentar a adesão e chegar-se ao índice preconizado pelo Ministério da Saúde (90 a 100% de aleitamento materno), visto que as dificuldades relatadas poderiam ter sido corrigidas no atendimento pré-natal e, principalmente, na puericultura, de maneira mais ampla, bem como de forma particular.

Algumas mães falaram da dificuldade inicial por serem primíparas e não terem experiência anterior, outras tinham dúvidas quanto a terem leite suficiente ou se a criança estaria saciada após a mamada. Casos de problemas pessoais e mamoplastia redutora feita anteriormente à gestação também foram citados.

Em algumas falas percebe-se que as mesmas persistiram e conseguiram amamentar, mas não exclusivamente ou até os seis meses. Algumas desistiram antes mesmo de terem a primeira consulta de acompanhamento do bebê.

Os problemas citados, na maioria dos casos, poderiam ter sido resolvidos com a orientação da pega correta, da postura adequada do bebê e dos cuidados com fissuras no peito, tudo feito em nível primário, de forma preventiva e que, quando realizadas em tempo oportuno, podem diminuir as dificuldades em amamentar e com isso impedir o desmame precoce.

Os sentimentos relatados nas falas das entrevistadas corroboram com o Ministério da Saúde, quando este afirma que a falta de confiança, a ansiedade, o medo, o estresse, a dor, o desconforto e a insegurança dificultam a saída do leite devido à inibição da ocitocina. Quando há dificuldade na amamentação, acaba ocorrendo um atraso no esvaziamento das mamas, que independente do motivo, vai acarretar uma diminuição importante na produção do leite, seja ela por inibição química ou mecânica (BRASIL, 2009).

Em virtude disso, acontece o desmame ou o início da complementação alimentar precoce, o que leva ao estudo da subcategoria seguinte.

5.1.4 Aleitamento predominante, misto ou parcial

Quando abordado o fator tempo, descobriu-se que as mães amamentaram tanto de forma exclusiva, como o fizeram em concomitância com outros tipos de leite. Diversos foram os motivos da inserção de outros alimentos antes dos seis meses, como pode ser visto a seguir:

Com 5 meses eu parei de dar só peito porque pra mim eu não tava amamentando pra encher a barriga, aí comecei dar leite a ela. (M2)

Com 4 meses eu não parei de dar a mama não, eu ainda tô continuando dando, só que com 4 pra 5 meses, eu dei só o “leitizinho”. Não dei mais nada, era só o leite. Eu dei porque eu tenho que sair pra resolver umas coisas, então, foi o “caso” dar. Só que eu dava só uma vez, quando eu ia sair, então o resto era todo peito. (M8)

Até os 6 meses meu bebê mamou e “comia” mingau, não era só a mama. A mama exclusiva só foi até o 1º mês, mas foi bem né [...] eu só ficava imaginando que ele não comia bem, porque ele só mamava e eu era insegura (suspiro) Porque não tinha muito leite e ele mamava direto. (M13)

Dei outro leite só nos primeiros dias usou, menos de uma semana, nada demais. Foi só pra uma emergência. Aí só depois dos 6 meses, dei “fórmula infantil”. (M14)

Quando ela fez 4 meses parou de amamentar. Ela que deixou. Eu dei mingau com leite em pó e já sabia fazer porque eu cuidava da minha irmã. Quando começou o mingau ela não pegou mais o peito. Fiquei dando só o mingau até os 6 meses, eu acho. (M16)

É possível encontrar na literatura embasamento para o discurso das entrevistadas quando Queluz *et al.* (2012) afirmam que os benefícios do aleitamento materno exclusivo são amplamente divulgados, porém, mesmo sabendo da eficiência dessa prática, a interrupção precoce da amamentação continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública do Brasil.

As mães demonstraram insegurança quanto ao aleitamento materno exclusivo não saciar seus filhos, que poderiam não estar bem alimentados e não ganhariam peso suficiente. Outras relataram que tinham experiência anterior com mingau e/ou outros leites e acham que é necessário complementar, pois assim foram ensinadas por seus familiares.

Metade das mulheres que optou por desmame precoce utilizou o mingau em substituição a amamentação; a outra metade fez uso da fórmula infantil como orientado pelos profissionais. Na consulta de puericultura ao menor de seis meses, a

prioridade é o incentivo ao aleitamento materno, no entanto, se necessário, aborda-se a fórmula infantil como complemento.

No entanto, o mingau é uma prática utilizada no desmame precoce e na alimentação complementar, principalmente, por orientação familiar, como comprovam os relatos nas entrevistas. Caso não haja mudança dessa prática, é preciso, no mínimo, corrigir a diluição do complemento para evitar maiores consequências para a saúde do lactente. Observa-se nesse ponto a importância de falar de maneira individual ou coletiva sobre os riscos do uso do leite integral em menores de seis meses e o porquê das fórmulas infantis virem como segunda escolha caso não haja sucesso com o AME.

5.1.5 Apoio para amamentar

Ainda sobre a amamentação, o Ministério da Saúde aponta os pais e avós como importantes fontes de apoio, porém, muitos não sabem de que maneira podem atuar adequadamente, provavelmente por falta de informação específica sobre o assunto (BRASIL, 2015). Tal fato pode ser corroborado nas falas logo abaixo:

Não, eu não recebi nenhum apoio lá em casa pra amamentar. Só quando eu tava no hospital (...) as enfermeiras são ótimas, lá na maternidade. Mas depois que eu vim pra casa ninguém me ajudou não. Era eu sozinha e Deus. (M5)

Ele só mamou até os 6 meses e ainda continua! Eu tive apoio [para amamentar] da minha mãe, da mãe do meu marido, de todo mundo, as avós dele tavam do meu lado. (M9)

Recebi apoio da minha mãe pra amamentar, ela me ajudou muito. (M10)

No decorrer das entrevistas, vê-se que há pouco ou nenhum envolvimento da figura paterna, enquanto as mães (avós) estão presentes no dia-a-dia da alimentação dos bebês, o que, de acordo com Ministério da saúde, é de fundamental importância para a prática correta e contínua de uma nutrição ideal (BRASIL, 2015).

O apoio para amamentar abrange o cuidado também aos familiares e/ou cuidadores, dando atenção à rede social que cerca mãe e filho, pois em alguns relatos foi notório dois extremos: a alegria pelo apoio do companheiro ou de familiares da criança e a tristeza por não receber apoio algum. A falta (ou presença)

diária dessa referência foi importante em alguns casos, então eis o porquê de trabalhar-se grupos de pais, avós e cuidadores/apoiadores, pois são estes que vão orientar em casa as ações propostas pelo profissional em campo.

É preciso frisar que atualmente ocorrem visitas dos agentes de saúde às famílias, porém nem todas as áreas são cobertas e, às vezes, estas visitas não acontecem no tempo oportuno. Vê-se, portanto, a importância da orientação à rede familiar, pois esta pode ajudar nas dúvidas até que aconteçam a consulta profissional. A educação em saúde precisa de forma premente abranger esses familiares e/ou cuidadores, através de sessões educativas ou reuniões em grupo familiar durante as consultas de pré-natal. As duas atividades também se encontram inseridas nas Ações Complementares para promoção do Aleitamento e Alimentação Complementar na Atenção Básica (Apêndice C).

5.2 TRANSIÇÃO ALIMENTAR

5.2.1 Introdução de novos alimentos

Esta subcategoria retratou a transição do aleitamento materno exclusivo para a alimentação complementar, bem como apontou os alimentos mais utilizados nesta prática.

Ao serem indagadas sobre o primeiro alimento introduzido, a aceitação do bebê, os alimentos mais utilizados e o preparo de tais alimentos, as entrevistadas mostraram rotinas diversificadas, conforme vê-se nas falas das entrevistadas:

Os primeiros alimentos eu começo, dou a primeira colher, na segunda ele não quer mais. O primeiro alimento que eu dei a ele foi sopinha, que a médica mandou. Depois do almoço ele não aceita o suquinho, nem pensar! Não aceita, o negócio dele é água. Depois da comida adora tá bebendo água (M1)

Agora coloco o leite do meu seio com a banana, pois fica mais úmido, melhor que o leite em pó e ela come tranquilo (...) tiro no potinho, deixo de lado e quando vou fazer banana ou outra coisa eu acrescento e ela toma. (M3)

Além da sopinha e das frutas, eu dou só o iogurte e, às vezes, mingau, às vezes, faço com massa e leite em pó. (M7)

Ofereci primeiro a sopinha, mesmo que a doutora falou pra mim que eu tinha que começar com frutas. Mas eu dei a sopinha e agora eu tô começando com o suco e com a fruta. Mesmo com a sopa e as frutas ela mama bastante e direto. (M8)

O refrigerante ela bebe num copo de água, tudo ela vai bebendo no copo. Salgadinho, pipoca, o que eu começar a comer aqui ela quer. E se não der ela chora. Arroz, macarrão, ela não quer. Mas se colocar mortadela no prato de outra pessoa, ela come, porque no pratinho dela, ela não come. (M10)

Conforme abordou-se na revisão de literatura, iniciar uma alimentação complementar tem importância equivalente à própria amamentação exclusiva, pois a promoção de hábitos e práticas alimentares consolidam-se ao longo do tempo, na busca pela “qualidade de vida”. Tudo aquilo que é considerado saudável, bom e desejável, seja na área emocional, social, pessoal ou afetiva, está integrado com a alimentação saudável para melhoria na qualidade de vida, tornando-se condição especial para uma adequada manutenção da saúde (PHILIPPI, 2014).

As mães relataram a introdução de novos alimentos dos mais diversos tipos, dos recomendados aos não recomendados, dos saudáveis aos não saudáveis. Ferreira (2015) afirma, por exemplo, que a alimentação está profundamente ligada à saúde e ao crescimento/desenvolvimento de uma criança, pois uma nutrição adequada tem repercussões ao longo da vida, auxiliando no aumento da atividade vital na infância.

A lista de alimentos é extensa e variada, quanto às frutas, as mais utilizadas foram maçã, banana, mamão e laranja. Na papa salgada, conhecida localmente por “sopinha”, os alimentos mais citados foram frango desfiado, carne moída, arroz, batata, cenoura e beterraba. Apesar dos legumes e verduras serem muito mencionados, observar-se o pouco uso de folhas verdes e outros tubérculos.

A maioria das entrevistadas continuou amamentando ou ofertando leite como primeira ou última refeição. Em outros casos utilizaram o mingau nos mesmos horários. Apenas uma entrevistada iniciou o complemento com papinhas artificiais (salgadas e doces) mostrando que essa conduta não é mais tão frequente na alimentação complementar.

O Ministério da Saúde, afirma, por outro lado, que alimentos usados como complemento ao aleitamento materno devem suprir as quantidades satisfatórias de vitaminas, minerais, proteínas, gorduras, energia e água nessa fase e devem, ainda, ser agradáveis ao paladar da criança e acessíveis econômica e culturalmente pela família.

Percebe-se que as mães fazem o possível para introduzir alimentos que estejam de acordo com orientação recebida pelos profissionais de saúde, porém, em

virtude das dificuldades financeiras, isso nem sempre se torna possível. No entanto, em alguns relatos viu-se que os alimentos saudáveis foram trocados por outros que são até mais caros, como refrigerantes, iogurtes, massas prontas para mingau e outros leites artificiais, a questão aqui não foi o financeiro e sim a escolha pelos hábitos da família.

5.2.2 Dificuldade na introdução de novos alimentos

Dentre as dificuldades enfrentadas no período de transição da amamentação exclusiva para a introdução de novos alimentos, as mães relataram vários empecilhos, porém, focaram-se principalmente na não aceitação por parte do bebê de frutas, sopas, sucos e até mesmo água:

No começo ele não gostava (risos), fazia uma careta medonha, mas eu fui botando na boca dele e ele foi se acostumando né? Agora suco ele não tomou. Nenhum tipo de suco, ele come a fruta, mais a maçã, mas se fizer o suco, ele não toma. (M7)

Foi difícil [a introdução de novos alimentos] (suspiros) porque ela não quis, ela não quer de jeito nenhum. Vou dar fruta amassada ela não quer, ela bota pra fora, vou dar a sopa a ela, ela não quer. Só quer água. Nem suco ela não quer. (suspiro). Dei primeiro de laranja e foi horrível, não tomou nada, por isso eu não parei de amamentar e continuo até hoje e ela já tem 9 meses. Ela aceita bem só peito. (M10)

Olha, foi muito boa não [a introdução de novos alimentos], ele não quis aceitar muito não a comida salgada, as frutas ele comeu bem graças a Deus. O primeiro alimento que eu dei a ele foi banana, ele aceitou bem no dia, mas aí no outro dia não foi tanto (risos). Eu continuei, até que ele conseguiu pegar mais. Todo dia eu dava a ele e agora come todo dia. Ele foi aceitando, foi adquirindo. (M12)

No começo foi difícil [a introdução de novos alimentos], primeira semana ele queria colocar pra fora e aí na segunda semana ela já ia habituando. O primeiro alimento que eu dei foi sopa e durante a semana eu comecei a dar frutinha também, raspada. Banana, maçã, melão [...] A água eu passei mais ou menos 1 mês tentando, insistindo e ele sem querer, aí eu continuei insistindo e hoje ele toma numa boa. (M23)

Durante as consultas de acompanhamento na unidade de saúde, tanto as mães quanto os cuidadores, perguntam muito sobre a alimentação infantil, fica explícito o quanto essa fase é repleta de dificuldades, receios, dúvidas e ansiedades.

Tornam-se claras as barreiras enfrentadas pelas mães quando as crianças se recusam a aceitar o alimento prescrito. Os novos alimentos oferecidos,

sólidos ou semissólidos, não são necessariamente aceitos de forma agradável pelo bebê, o que exige da mãe uma dedicação maior, com insistência e disciplina.

A dificuldade encontrada pelas mães foi, em sua maioria, organizar a alimentação complementar com o aleitamento materno. Muitas desistem de ofertar o alimento e passam para a mama ao verem seus filhos recusarem o lanche ou as principais refeições. Esta recusa dos novos alimentos gera insegurança das mães em ofertarem estes alimentos novamente. Faz-se importante falar sobre a insistência na oferta, sobre a dificuldade de mastigação e deglutição no início e o “mito” da perda de peso. Tudo isso pode e deve ser trabalhado no acompanhamento: a importância de ouvir as mães e esclarecer os medos relatados.

Tal insistência na alimentação adequada deve ser realizada pois a família é a principal influência nos hábitos alimentares das crianças nos dois primeiros anos de vida. Os hábitos de alimentação, quando se tornam desfavoráveis, são muito difíceis de reverter e podem levar ao aumento dos distúrbios alimentares e da morbimortalidade infantil. Essas alterações, desajustes ou carências nutricionais em fases precoces, como na infância, resultam em consequências graves para as funções fisiológicas na idade adulta (FERREIRA, 2015).

A fase de transição deve ser tratada com cuidado, pois quando se introduz os alimentos complementares antes do período recomendado, de forma precoce, além da manutenção do aleitamento ficar comprometida, ainda há o risco de obesidade, de doenças cardiovasculares na fase adulta e de maior risco para doenças infecciosas, tudo devido à insuficiência nutricional que não será suprida de maneira adequada nessa fase importante do desenvolvimento (OMS, 2011).

Ainda que a transição alimentar ocorra no período adequado, é preciso que haja cuidado com a escolha dos alimentos, pois a alimentação está ligada à saúde e ao crescimento/desenvolvimento de uma criança.

5.2.3 Apoio na transição alimentar

Esta subcategoria nasceu da necessidade sentida pelas mães de apoio familiar e profissional nessa fase de transição alimentar. As mães relataram sobre tal apoio e como este influenciou de forma positiva ou negativa o momento delicado de mudança, como é possível observar nas falas abaixo:

Eu não tive ajuda em casa não [nessa fase dos alimentos novos], só eu mesma, eu que preparo e dou, às vezes minha sogra ajuda, mas aqui [a orientação dos profissionais de saúde] me ajudou muito pra alimentação nova. (M5)

Não, não tive ajuda em casa [com a introdução dos novos alimentos], mas aqui [profissionais de saúde da unidade] me ajudaram com isso. (M7)

Não, não tive ajuda de ninguém nessa fase da alimentação. No posto [os profissionais] só a doutora mesmo que mandou dar e eu tô dando. (M8)

Nessa fase quem me ajudou foi minha mãe, mas o pessoal do posto sempre me ajudou. (M14)

Além da minha vó, não tive ajuda em casa, mas o pessoal do acompanhamento me ajudou com a comida dela. Falaram o que devia e o que não devia dar. (M16)

Tive ajuda com isso sim [na oferta dos alimentos], com a enfermeira do posto e alguns parentes que começaram a me indicar. Só que as orientações que eles [parentes] me deram, a enfermeira já tinha me dado primeiro e eu já tava seguindo. (M18)

Não tive ajuda não, porque eu sou sozinha, porque eu moro só um pouquinho perto da mãe, aí não dá pra ela me ajudar, só eu sozinha mesmo. Eu faço e dou tudo pra ela, sozinha mesmo, mas os médicos no posto me orientaram, me ajudaram nisso. (M22)

Tem hora que dá aquele desespero né? Será que a gente vai conseguir? Mas consegui, graças a Deus. Os profissionais do posto é que me ajudaram também. (M23)

Percebe-se uma “solidão” no dia a dia das mães entrevistadas, com ajudas esporádicas de mães, avós e sogras, porém, os profissionais do posto de saúde são citados com frequência como agentes de apoio e esclarecimento, tanto na fase da amamentação exclusiva, contribuindo de forma significativa nesta fase de transição alimentar.

É possível observar, ainda, que enfermeiros e médicos do posto de saúde buscam seguir o guia “Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável” do Ministério da Saúde, alertando mães e cuidadoras sobre o momento adequado para a introdução de novos alimentos, a ordem que deve ter esta alimentação e, por fim, abordando o estímulo à introdução de alimentos saudáveis e adequando-os à realidade das famílias atendidas.

A família toda deve ser estimulada a cuidar da alimentação complementar da criança, pois o sucesso dessa prática depende do afeto, suporte e paciência da mãe ou cuidador. Enquanto o aleitamento materno deixa a criança fortemente ligada à mãe, a alimentação complementar gera uma interação com os outros membros da família, sejam pais, avós, irmãos ou outros cuidadores (BRASIL, 2015).

5.2.4 Preocupação com a alimentação ofertada na transição e com a alimentação atual

Mães mostraram-se preocupadas com a introdução de novos alimentos sob diferentes aspectos, desde a dificuldade financeira para comprar e ofertar os alimentos certos, até o fato de ofertar alimentos que não estejam adequados à idade ou ao gosto do bebê, como é possível observar nas falas a seguir:

Ave Maria, eu ficava muito preocupada, porque antes dele a minha situação financeira tava melhor, mas graças a Deus quando ele chegou eu tive muita doação, graças a Deus! (M1)

Me preocupo porque às vezes eu tenho medo de dar [novos alimentos] e fazer mal a ela. Por isso que eu não dou tudo, tem pessoas que mandam aquilo, aquilo outro e eu não dou. (M8)

Hoje ela com 9 meses a única preocupação que me deu agora foi o fato de ter que parar de amassar a comidinha pra estimular a mastigação. Porque eu percebo nela que quando vem um pedacinho, ela não quer. Isso eu acredito que foi um erro meu por estar processando o alimento. Eu tinha medo de engasgar, essas coisas. (M11)

De preocupação com a alimentação dele eu evito coisa doce. Eu quero evitar açúcar que eu sei que é um perigo pra criança. Além disso, evitar a alimentação industrializada também. (M12)

Hoje o que me preocupa mais na alimentação dele é porque não tem o essencial né? Porque ele precisa tá bem alimentado, um suco, uma vitamina... Sopa pra ele eu nunca fiz (choro), ele toma sopa se algum vizinho fizer e der, aí ele toma. A única coisa que ofereço todos os dias pra ele ou é macarrão, ou macarrão com caldo de feijão. Essa é a alimentação dele do meu dia. Ou então se tiver suco de alguma coisa eu faço. E quando não tem nada, meio dia é mingau e assim vai. (M19)

Assim eu tenho um pouquinho de preocupação, pessoalmente na parte de comida né. Porque hoje em dia, até a alimentação pra gente, às vezes não é tão saudável. Aí eu tenho medo de às vezes introduzir coisas que venham trazer mais na frente um colesterol, alguma coisa a mais né pra ele, se tô dando alguma coisa muito cedo ou de um jeito errado. A única coisa mais artificial que eu dou assim é o suco, às vezes eu faço o suco pra mim e tem açúcar, às vezes ele quer, eu coloco um pouquinho na mamadeira pra ele mas eu me preocupo com o açúcar, dele tá ingerindo açúcar antes de 1 ano né, ele ainda é pequeno. Na verdade eu já coloco menos açúcar e ele aceita. (M21)

A preocupação das mães entrevistadas mostra-se compatível com o que afirma Vicari (2014), quando esta alerta em seu estudo sobre a introdução precoce de alimentos industrializados ricos em gorduras trans, sal e açúcar. Para a autora, não só o desenvolvimento cerebral, a composição e o crescimento corporal podem ser afetados pela má nutrição no início da vida, mas também toda a programação metabólica que está relacionada com as doenças crônicas nos adultos, como o sobrepeso e a obesidade.

Esse período requer muita orientação e, para isso, os profissionais de saúde contam com os “Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável” que foram revisados e reeditados em 2013 que, apesar de levar em consideração as orientações da OMS e da OPAS (Organização Pan Americana da Saúde), adequa-se à realidade da alimentação nacional, mas ainda limitado quanto à regionalização dos hábitos alimentares.

O primeiro passo dedica-se exclusivamente ao aleitamento materno, os seguintes perpassam a nutrição adequada à idade, especificando, inclusive, o que se deve evitar (açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas), incluindo-se aqui o uso moderado do sal nos primeiros anos de vida. Essas orientações devem ser ditas e reforçadas a cada consulta pois são difíceis de serem seguidas e mostram-se presentes nas preocupações das mães entrevistadas.

Por fim, após todo o processo de amamentação exclusiva e transição alimentar, o estudo procurou abordar a preocupação das mães em relação a alimentação atual de seus filhos, o que também faz parte desta subcategoria de análise. De maneira geral, as mães se mostraram seguras e despreocupadas, o que pode ser visto em algumas falas:

Não tenho nenhuma preocupação com a alimentação dela. Ela aceita bem a alimentação oferecida. Não tem causado desconforto. Não tem dado cólica. A única coisa que me preocupa é quando eu saio. Porque as frutas você não pode abrir que perde a vitamina né? (M3)

Hoje eu não tenho nenhuma preocupação com a alimentação da minha filha. Acho que tá bem, tá ótima. (M5)

Ah, eu acho que é boa [a alimentação dele hoje em dia] não tive nenhuma preocupação com a alimentação dele nesse primeiro ano de vida. (M7)

É boa a alimentação dele hoje, eu não tenho nenhuma preocupação assim não. Eu faço as coisas bem direitinho, vai correr tudo bem com ele. (M9)

Hoje eu tô tranquila com a alimentação dela, ela come tudo mesmo. E come os alimentos nos horários certos. É o leite de manhã, a fruta, 11h meio dia no máximo é o almoço, depois dorme. (M11)

Hoje eu acho que a alimentação dele tá bem. (M12)
Eu acho a alimentação dela hoje ótima, porque ela se sente boa, ela gosta do que ela come. Faz bem pra saúde. Eu só me preocupo com o muito peso dela (risos), eu acho que ela tá pesada demais. Na avaliação ela tá quase acima da faixa, na faixa superior. Ela tá em alerta. (M14)

Eu acho que hoje tá padrão, eu tento seguir uma alimentação saudável, não introduzindo alimentos que não venham trazer nutrientes pra ele, como o açúcar, doce, guloseima né, eu tento não deixar ninguém comer nada na

frente dele, porque ele tá naquela fase de tudo querer, tudo pedir, já pra ele não ter aquela vontade de pedir e não tá chorando né? Aí eu não dou.
(M21)

Quanto às mães que seguem as orientações dadas no atendimento profissional, 68% delas mostram-se seguras quanto à alimentação ofertada. Os casos pontuais devem resolvidos durante o atendimento, pois são preocupações simples, porém por vezes não externadas, o que dificulta sua solução.

Algumas relataram orgulho por estarem seguindo adequadamente as orientações, por serem firmes no cardápio e não permitirem que outras pessoas acrescentem alimentos que acham inadequados.

As preocupações citadas foram à questão financeira, o fato de não ter acesso ao alimento ideal ou não conseguir comprar a alimentação de melhor qualidade, o ganho de peso insuficiente e a falta de apetite da criança. Por isso, faz-se importante que os profissionais de saúde parabেনizem as mães pelo empenho na alimentação e esforço em comprar os alimentos adequados, dando continuidade à orientação de possíveis dúvidas e mudanças alimentares, conforme a faixa etária da criança.

A criança que teve aleitamento materno exclusivo consegue desenvolver a capacidade de distinguir a saciedade ou fome e de ter o autocontrole na ingestão de nutrientes, sendo capaz de, ainda bebê, controlar o que consome e quais os intervalos alimentares necessários segundo suas necessidades nutricionais. É de fundamental importância que as mães e/ou cuidadores tenham ciência da rotina alimentar ideal e que possam, dentro de suas condições atuais, dar o que for mais importante em cada etapa (BRASIL, 2015).

A escuta de qualidade durante o atendimento de puericultura pode ajudar no esclarecimento de dúvidas e também fortalecer os hábitos corretos.

5.3 ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE

Nesta última categoria de análise, relatou-se a realidade do atendimento às mães que são acompanhadas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza (CE), no que diz respeito a como estas alimentam seus filhos. Buscou-se nesse momento averiguar a contribuição do atendimento desta unidade de atenção primária à saúde (UAPS) na adequação alimentar durante o primeiro ano de vida.

5.3.1 Satisfação no acompanhamento

Essa subcategoria retratou a satisfação das entrevistadas e a importância das orientações profissionais dadas durante o acompanhamento de puericultura, realizado em uma UAPS de Fortaleza, como mostram as falas a seguir:

Eu tô gostando [do acompanhamento na puericultura], ela tinha uns dois meses na primeira consulta. Não tenho dificuldade pra marcar retorno. Sou atendida pelo médico e pela enfermeira. Eu tô gostando, tá servindo sim [orientações dadas para alimentação da filha]. (M2)

Sim, [as orientações dadas na consulta, sobre alimentação pela equipe] foram válidas pra minha filha, pra nossa rotina. Essa alimentação que eu passei foi baseada no que foi fornecido a mim. Eu só adaptei algumas coisas porque bebê é diferente de um pro outro. Algumas coisas têm particularidades que ela não vai atendendo, então eu tento adaptar isso baseado na alimentação que foi me proposta aqui. (M3)

Sou sempre atendida pela enfermeira. As dicas que ela me dá me ajudam demais, ajudam demais mesmo. Tudo que faço com ele hoje é orientado por ela. (M18)

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária tem evidências que comprovam sua capacidade para resolver 85% das necessidades de saúde, realizando, para isso, serviços reabilitadores, curativos, preventivos e de promoção à saúde. Ela diferencia-se da atenção secundária e da terciária em muitos aspectos, principalmente na dedicação aos problemas de saúde mais frequentes, sejam complexos ou simples, que podem se mostrar difíceis para identificação na fase inicial.

Maciel, Caldeira e Diniz (2014), em seu estudo ecológico de análise longitudinal retrospectiva, utilizaram dados documentais de 2003 a 2012, do estado de Minas Gerais e confirmaram que o modelo de cuidado primário, implantado nesse estado por meio da Estratégia Saúde na Família, é de boa resolutividade e demonstrou, ainda, a “des-hospitalização” nos últimos anos proveniente das condições sensíveis do cuidado primário em saúde.

Vasconcelos (2012) justifica a necessidade de uma assistência periódica e sistemática devido à vulnerabilidade da criança. Por tanto, com o objetivo de acompanhar a criança saudável, realiza-se a puericultura, no intuito de diminuir a incidência de doenças e de aumentar suas chances em alcançar todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

Nesse aspecto, a puericultura torna-se o primeiro contato da mãe, especificamente no que diz respeito à saúde do seu filho, por isso, torna-se fundamental que ela seja bem orientada nos acompanhamentos. Por tudo que já foi apresentado anteriormente, tratar de nutrição é estar trabalhando, de maneira preventiva, a saúde dos bebês.

As falas demonstraram a satisfação das entrevistadas e a confiança nas orientações dadas pelos profissionais da unidade durante as consultas de acompanhamento, daí a importância de sempre falar sobre a alimentação na puericultura, pois é nítido o retorno positivo do trabalho realizado.

Atualmente, durante as consultas de puericultura realizadas na UAPS, os profissionais de saúde imprimem uma sugestão alimentar conforme a situação financeira e o empenho da mãe em utilizar algo novo, utilizando-se de frutas da estação, mostrando as variedades existentes e falando inclusive dos preços e das pequenas quantidades a serem ofertadas.

5.3.2 Dificuldade de realizar o acompanhamento

Esta subcategoria nasceu das referências que algumas entrevistadas fizeram em suas falas sobre a dificuldade em realizar o acompanhamento na UAPS, como é possível observar nos trechos a seguir, retirados das entrevistas:

Quando eu saio da consulta deixo agendado o retorno, lá fora. Só essa a minha dificuldade. (M8)

A gente faz o acompanhamento de consulta aqui na unidade desde que ela nasceu, acho que com 1 mês. Tenho dificuldade de marcar os retornos porque toda a vida quando eu venho tá fora do ar o sistema, a agenda da mulher não tá aberta, é tanto que as vezes ela falta 2, 3 consultas dela. (M10)

Pra mim seria melhor se pudesse sair já com a do outro mês marcada. Mas eles dizem “a agenda de fulano de tal não abriu ainda, venha daqui a 15 dias.” Aí eu não vim com 15 dias, vim com quase 20 dias e perdi a vaga. Quando eu cheguei já tava lotado de paciente. (M18)

A dificuldade citada pela maioria das entrevistadas diz respeito ao retorno e não à primeira consulta. A primeira fala apresentada diz exatamente isso: “deixo agendado, lá fora”. Ela quer dizer que precisa sair do consultório e pegar uma fila no NAC (Núcleo de Atendimento ao Cliente) para agendar o retorno da próxima consulta, ou seja, ainda precisa demorar na unidade para garantir a vaga.

Pelas falas, percebe-se que a UAPS consegue agendar mais facilmente o primeiro acompanhamento e que, em determinadas equipes, o retorno torna-se complicado devido a agenda ainda não estar aberta, sendo a marcação feita em outro setor e não no próprio consultório, situação esta que pode ser resolvida com uma redefinição de fluxo feito na própria unidade de saúde, e que será citada como Ação Complementar de Saúde (Apêndice C).

Apenas duas entrevistadas tinham plano de saúde particular e, ainda assim, faziam o acompanhamento de puericultura na UAPS, fato este que chamou atenção na pesquisa e mereceu ser citada. Ambas entrevistadas fizeram clara referência ao fato de que o horário de funcionamento e o fluxo de atendimento das UAPS do município de Fortaleza não contemplam atendimentos de urgência 24 horas por dia, por isso acharam conveniente ter o plano como garantia de atendimento a qualquer hora. Disseram ainda que o atendimento na unidade primária de saúde continua tanto pela proximidade da residência, quanto pelo elo criado durante o atendimento pré-natal, o que reforça a importância do atendimento familiar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa propôs conhecer a prática utilizada pelas mães na nutrição de seus filhos no primeiro ano de vida. A maioria das participantes deste estudo tem entre 20 e 30 anos, ensino médio incompleto, são primíparas e tem renda familiar acima de um salário mínimo.

Quanto ao aleitamento materno, apesar de boa parte das mães apontar a amamentação como uma prática prazerosa, positiva e empolgante, somente pouco mais da metade das entrevistadas amamentou exclusivamente seus filhos até os seis meses de idade.

Algumas mães, apesar de orientadas na maternidade, tiveram problemas para manter o aleitamento após chegarem em casa. A maior parte em virtude da dificuldade no ato em si de amamentar, o que pode ser corrigido com auxílio profissional. Isso aponta para a importância do incentivo constante à amamentação no atendimento primário, no sentido de evitar o desmame precoce. Portanto, seria ideal que a consulta do recém-nascido na UAPS fosse realizada na primeira semana de vida, procedimento este que está incluso nas Ações Complementares de Saúde (Apêndice C).

As entrevistadas seguem as orientações profissionais no caso da alimentação complementar. Através dos relatos das mães percebeu-se de forma notória a confiança destas nas orientações dadas durante as consultas no que diz respeito à oferta de alimentos. Em sua grande maioria, as entrevistadas seguiram de forma fidedigna as orientações e insistiram na alimentação adequada.

É importante uma orientação nutricional particular, que leve em consideração vários fatores antes de incentivar o uso de alguns alimentos. Sugere-se aos profissionais da área que, durante as consultas de puericultura, seja falado dos hábitos da família e da adaptação deles a alimentação infantil, pois dessa forma será mais fácil conseguir a adesão na alimentação adequada e saudável. Abordar a alimentação em cada consulta como o primeiro assunto a ser tratado é orientação também proposta nas Ações Complementares (Apêndice C), bem como, a necessidade da equipe ser composta ou assessorada por um profissional de nutrição, para este dedicar-se ainda mais a esse tema, no sentido de incentivar práticas alimentares mais específicas.

As mães mostram-se seguras quanto a alimentação dos seus filhos, afirmando, em sua maioria, não ter preocupação no momento e estarem satisfeitas com o ganho de peso e estado de saúde dos mesmos.

As poucas preocupações citadas foram sobre a questão financeira, o fato de não ter acesso ao alimento ideal ou não conseguir comprar a alimentação de melhor qualidade, o ganho de peso insuficiente e a falta de apetite da criança. Por isso, faz-se importante que os profissionais de saúde incentivem as mães dando continuidade à orientação de possíveis dúvidas e mudanças alimentares, conforme a faixa etária da criança

Finalmente, averiguando a contribuição do atendimento em uma UAPS de Fortaleza (CE) na adequação alimentar durante o primeiro ano de vida, percebeu-se que a totalidade das entrevistadas faz acompanhamento sistemático na unidade de saúde pesquisada e não relataram dificuldade de iniciar a puericultura, mesmo havendo diferença entre a abordagem das equipes quanto aos retornos agendados. A puericultura cria um elo de confiança entre os profissionais e os pais, o que auxilia, certamente, na melhoria da saúde das crianças, por isso o retorno agendado pelo próprio profissional foi colocado como meta de Ação Complementar (Apêndice C).

Neste ponto do trabalho, retoma-se a pergunta de pesquisa: Qual a prática utilizada pelas mães na nutrição dos seus filhos? A partir do que foi exposto, compreende-se que as mães estão empenhando-se no aleitamento materno exclusivo, apesar das dificuldades encontradas, porém ainda estão distantes de alcançar o que está preconizado como forma de fortalecer a saúde e os laços emocionais.

As dificuldades encontradas na amamentação podem, em sua maioria, serem resolvidas na atenção primária de saúde, o que demonstra a importância do trabalho das equipes de saúde da família ser intensificado. O atendimento da UAPS foi citado como importante para as entrevistadas e a maioria afirma que as orientações recebidas foram fundamentais para o sucesso no cuidado. Logo, uma vez que essas considerações finais já enumeraram o alcance dos objetivos específicos deste trabalho, considera-se que o objetivo geral de conhecer a prática utilizada pelas mães na nutrição de seus filhos no primeiro ano de vida também foi atendido.

Apesar das evidências surgidas neste trabalho, admite-se a existência de limitações. Uma delas diz respeito à contemplação de somente três equipes estudadas na UAPS, quando, na verdade, existem quatro equipes no total. Durante o período da coleta de dados não houve agendamento de puericultura na quarta equipe em virtude das férias do profissional médico e, ao final da coleta, não foram encontradas mães que se dispusessem a participar da pesquisa. A outra limitação deu-se em virtude da coleta de dados ter sido feita dentro da UAPS, pela pesquisadora e profissional, o que pode ter acarretado vergonha ou medo por parte de algumas mães.

Dessa forma, sugere-se que estudos futuros sejam feitos em períodos de tempo determinados, onde todos os profissionais estejam com as agendas completas, o entrevistador seja alguém de fora da unidade e as entrevistas sejam realizadas no domicílio da família, com um número maior de pessoas.

Agora é importante pontuar as implicações práticas deste trabalho. Como contribuição, elaboramos as “Ações Complementares para Promoção do Aleitamento e Alimentação Complementar na Atenção Básica” (Apêndice C), já citado anteriormente na Análise e Discussão dos Resultados, que pretende reforçar os trabalhos das equipes de saúde da família, não só da unidade estudada, mas também de todas presentes no município de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1995. 223 p.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 512 p.

BEZERRIL, D. S.; PAULA, J. A.; MAGALHÃES, L. D.; DA SILVA NÓBREGA, M. M.; CARNEIRO, A. D. Humanização do cuidado de Enfermagem a lactante: um estudo bibliográfico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 13, 2010, Rio Grande do Norte. **Anais...** Rio Grande do Norte, CBCENF, 2010. Disponível em: <<http://189.59.9.179/cbcenf/sistemainscricoesarquivosTrabalhos/I18522.E8.T3220.D4AP.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica 23. **Saúde da criança**: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**. Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde Brasília: MS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília: MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica 23, 2.ed. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS, 2015.

BRASILEIRO, A. A. **Apoio institucional e a manutenção da amamentação após o retorno ao trabalho.** 2012. 83 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2012.

CALDEIRA, A.P.; GOULART, E.M.A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.1, p.65-72, 2000.

CARRASCOZA, K.C.; COSTA JUNIOR, A.L.; MORAES, A.B.A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v.22, n.4, p.433-440, out./dez. 2005.

CERNADAS, J.M.C. et al. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. **Jornal of Human Lactation**, [S.l.], v.19, n.2, p.136-144, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção primária e promoção da saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 197p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 3. 2011).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b.

CORREA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, 2009.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

DEARDEN, K. et al. Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. **Revista Panama Salud Publica**, [S.l.], v.12, n.3, p.185-192, 2002.

FERREIRA, F.S. Consumo de alimentos impróprios por crianças menores de dois anos e suas possíveis consequências. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, [S.l.], v.13, n.1, p.87-98, 2015.

FONSECA, M.O. **Conhecimento e Práticas de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno.** 2010. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2010.

GODOI, C.K; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A.B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p.89-107.

LIMA, G.G.T. et al. Registro do Enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Revista Rene, Enfermagem**, [S.l.], v.10, n.3, p.117-124, 2009.

MACIEL, A.G.; CALDEIRA, A.P.; DINIZ, F.J.L.S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Revista Saúde Debate**, [S.l.], v.38, n.spe, p.319-330, 2014.

MAIA, A.K.; MAGALHÃES, L.D.; JANUÁRIO, I.S.; SOUSA, E.F. Ações educativas voltadas para a promoção do aleitamento materno no município de Martins: um relato de experiência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 947-953, ago./dez. 2014.

MOTTA-ROTH, D. **Redação acadêmica: princípios básicos**. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria / Imprensa Universitária, 2003.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Política de aleitamento materno do Brasil é referência mundial, diz OMS**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/politica-de-aleitamento-materno-do-brasil-e-referencia-mundial-diz-oms/>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. **How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases?** A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet*. v.355, p.451-455, 2000.

_____. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review**. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.

PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2014.

PORTAL BRASIL. **Conheça o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>>. Acesso em: 08 set. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. **Saúde da Criança: Brasil segue referência mundial em aleitamento**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21939-brasil-segue-sendo-referencia-mundial-em-aleitamento-afirma-the-lancet>>. Acesso em: 08 set. 2016.

QUELUZ, M.C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista Escolar de Enfermagem - USP**, [S.l.], v.46, n.3, p.537-543, 2012.

SCHWARTZ, K. et al. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. **Journal of Family Practice**, [S.l.], v. 51, n. 5, p. 439-445. 2002.

SILVA, V.F.; PESSOA, C.G.O. Fatores determinantes do aleitamento materno exclusivo em uma cidade de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Integrada**, [S.l.], v. 5, n. 1, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, MS, 2002.

VASCONCELO, V.M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 326-331, 2012.

VENÂNCIO, S.I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Ver Saúde Publica**, [S.l.], v. 36, p.3, p. 313-318. 2002.

VERGARA, S.C. **Métodos de pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 277 p.

VICARI, E.C. Aleitamento Materno, A Introdução Da Alimentação Complementar E Sua Relação Com A Obesidade Infantil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 7, n. 40, p. 72-83, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
 CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CMPSCA)

ENTREVISTA**Caracterização do Sujeito da Pesquisa**

Nome da mãe _____
 Idade: _____
 Endereço: _____
 Escolaridade: _____
 Renda: _____
 Estado Civil: _____
 Idade da criança em avaliação na pesquisa: _____
 Outros filhos? _____ Idade dos outros filhos: _____

Gostaria de conversar com você sobre amamentação. Fale pra mim como foi sua experiência com a amamentação do seu bebê.

Perguntas norteadoras:

Como você se sentiu amamentando?

O que você achou da experiência?

Quanto tempo durou?

Por que você parou?

Você recebeu apoio para amamentar?

Os profissionais do posto de saúde ajudaram na amamentação?

Agora vamos conversar um pouco sobre a alimentação do seu filho. Conte como foi a introdução de novos alimentos.

Perguntas norteadoras:

Qual foi o 1º alimento introduzido?

Quando você introduziu alimentos parou de amamentar?

Quais outros alimentos você utilizou?

Lembra qual foi o leite?

Como foi a aceitação dele?

Você teve ajuda?

Os profissionais da saúde orientaram a introdução desses alimentos?

E atualmente, você pode falar como é a alimentação dele?

Perguntas norteadoras:

Quais são os alimentos mais utilizados na alimentação diária?

Quem prepara e oferta os alimentos?

Por exemplo, como foi a alimentação do seu filho ontem? (temporalidade)

O que você acha da alimentação dele hoje?

Agora me fale sobre suas preocupações com a alimentação do seu filho durante o primeiro ano de vida? Por que?

E sobre o acompanhamento de puericultura do seu filho, como é/foi ele? Fale sobre isso.

Perguntas norteadoras:

Com que idade foi a primeira consulta de puericultura?

Teve alguma dificuldade em marcar as consultas?

Foi atendido por quais profissionais?

Com que frequência você volta/voltava a UAPS?

O que você acha das orientações dadas sobre a nutrição seu filho? Fale sobre isso.

Agradecimentos

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM NUTRIÇÃO E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: “NUTRIÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: um olhar materno sobre aleitamento e alimentação complementar”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Paula Farias Torres

Prezado (a), você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que irá analisar a prática utilizada pelas mães na alimentação de seus filhos nos dois primeiros anos de vida.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa, você será submetido(a) à entrevista acerca dos seus dados de identificação (nome, endereço, idade), socioeconômicos, do consumo alimentar do seu filho e sobre a rotina de atendimento de puericultura na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da qual faz parte. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o fornecimento dos dados sem nenhum prejuízo para você. Ressalta-se que, a coleta dos dados será realizada individualmente pela pesquisadora.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisa qualitativa geralmente não apresenta riscos físicos para os entrevistados, nem tampouco desconforto, a não ser em algumas ocasiões de compartilhamento de informações de cunho pessoal ou confidencial que possam a vir causar incômodo ao sujeito. Em tais ocasiões, cabe ao entrevistador deixar claras as garantias dos termos da pesquisa, fazendo com que o entrevistado sinta-se à vontade para partilhar verdadeiramente as informações.

3. BENEFÍCIOS: Você poderá se beneficiar com os resultados desse estudo. O mesmo irá colaborar com o conhecimento científico e possibilitará maior adequação nas orientações nutricionais das crianças, menores de dois anos, acompanhadas na puericultura no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que você nos fornecer através da entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. As respostas, dados pessoais, informações acerca do padrão alimentar do seu filho, ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Ana Paula Farias Torres
Endereço: Rua Gastão Justa, nº 215, Mondubim, Fortaleza-Ce
Telefone para contato: (85) 34334915 / (85) 98888-1591
E-mail: apaulaft@gmail.com
Horário de atendimento: 07 às 13h00 (às segundas e sextas)

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Universidade Estadual do Ceará – UECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1.700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP: 60.740-000
Telefone: (85) 3101 9890

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso você aceite participar da pesquisa, não receberá qualquer forma de pagamento pela participação. Também não terá qualquer tipo de despesa durante a pesquisa.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se você estiver de acordo em participar, deverá assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em autorizar a sua participação voluntária nesta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza/CE, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C - Ações Complementares para Promoção do Aleitamento e Alimentação Complementar na Atenção Básica

Ações Complementares para Promoção do Aleitamento e Alimentação Complementar na Atenção Básica

A literatura e os estudos citados nesse trabalho comprovam a importância das ações educativas no incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar. A equipe de atendimento primário pode atuar tanto no pré-natal, orientando sobre os benefícios da amamentação, quanto na puericultura tentando evitar o desmame precoce e orientando a alimentação complementar. O que nos faz pensar na importância de estabelecer ações complementares de orientação nutricional junto com as condutas que já são realizadas nos atendimentos, de forma a facilitar o acompanhamento dos profissionais da atenção básica.

No município de Fortaleza/CE, essas ações já estão incorporadas na rotina da Estratégia Saúde da Família, mas não de forma protocolada, ou seja, cada profissional escolhe o melhor momento para orientar ou retirar as dúvidas das suas clientes ou de parentes que estejam acompanhando a consulta. Já os grupos educativos existem, hoje em menor número, devido a mudança de cronograma das equipes, onde foi dispensado mais tempo para o acolhimento de urgências, fazendo com que o tempo disponível à prevenção sofresse uma diminuição significativa. Mesmo assim os profissionais de saúde buscam levar a regra a educação em saúde como peça importante no trabalho de prevenção.

Em nosso auxílio, temos dois programas de saúde voltados para a criança que foram iniciados em 2017, o Cresça com Seu Filho e Unidade Amiga da Criança, nos quais podemos acrescentar ações complementares dentro da estratégia operacional do Cresça e organizar as orientações durante o atendimento prestado na puericultura. As ações complementares propostas nesse trabalho encontram-se dentro dos dois programas citados abaixo:

1. Programa Cresça com Seu Filho:

Sugiro no momento da acolhida que o ACS pergunte sobre a alimentação da criança, enquanto vê o cartão de vacina (ação obrigatória a cada visita), tire as dúvidas necessárias e incentive as ações corretas realizadas pelos pais e/ou cuidador.

Seria um momento de diálogo simples, onde a mãe ficaria a vontade de relatar suas dificuldades e/ou facilidades na alimentação dos seus filhos. Qualquer dúvida seria levada ao Enfermeiro Supervisor na reunião semanal e esclarecida com a família na visita seguinte.

Seria uma ação fácil de ser realizada, que não atrapalharia a atividade e que poderia trazer resultados positivos na alimentação das crianças atendidas pelo programa. Essa ação pode ser colocada em prática na reunião da equipe e, se necessário, o enfermeiro poderia treinar seus agentes de saúde com os principais temas relacionados a alimentação das crianças, levando em conta a realidade de cada área de abrangência.

2. Unidade de Saúde Amiga da Criança

- Grupo de educação em saúde para gestante e, no último trimestre, falar especificamente sobre o aleitamento materno;
- Convidar o pai, avós, tios ou quem vai cuidar da gestante no pós-parto, para que venha para última consulta de PN para que de forma coletiva sejam discutidos a importância do aleitamento materno exclusivo e os problemas mais comuns enfrentados durante o ato de amamentar;
- Colocar na agenda semanal vagas para atendimento aos recém-nascidos como prioridade;
- Na consulta individual de puericultura no pré-natal, o enfermeiro deve falar sobre os benefícios e dificuldades do AME;
- No calendário de consultas de puericultura, tanto o médico como o enfermeiro irão falar sobre a alimentação no INÍCIO do atendimento, dando orientações conforme a realidade daquela família, retirando dúvidas e anotando o tipo de alimentação e as condutas na caderneta.
- Sempre parabenizar pela boa conduta adotada;
- Garantir que ao final de cada consulta, a criança já fique com retorno agendado, o que pode ser realizado pelo próprio profissional no prontuário eletrônico;
- Realizar um treinamento de atualização para os agentes de saúde sobre aleitamento materno e alimentação complementar; e
- Sugerir a importância de uma consulta com Nutricionista durante a puericultura.