

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MÁRCIA HELENA SACCHI CORREIA

**Práticas e Crenças Maternas Relacionadas à
Alimentação Complementar de Crianças no Primeiro
Ano de Vida**

Goiânia
2009

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Márcia helena Sacchi Correia

Título do trabalho: Práticas e crenças maternas relacionadas à Alimentação Complementar de crianças no primeiro ano de vida

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

M. H. Sacchi Correia
Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 05, 09, 2016

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

² A assinatura deve ser escaneada.

MÁRCIA HELENA SACCHI CORREIA

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás

FOLHA DE APROVAÇÃO DE DEFESA DE

TESE DE DOUTORADO

“PRÁTICAS E CRENÇAS MATERNAS
RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS NO
PRIMEIRO ANO DE VIDA”

**Práticas e Crenças Maternas Relacionadas à
Alimentação Complementar de Crianças no Primeiro
Ano de Vida**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Goiás para obtenção
do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Maria Márcia Bachion

201306 8990

T613.22 COR /pra



1710380

Goiânia
2009

COPIA
DE
ARQUIVO

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Correia, Márcia Helena Sacchi .
C824p Práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida [manuscrito] Márcia Helena Sacchi Correia. – 2009.
x,211 f. : il., figs., qds.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Márcia Bachion.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2009.

Bibliografia: f.196-210

Inclui lista de figuras e quadros e siglas.

Anexos e apêndices.

1. Nutrição de lactente 2. Comportamento alimentar 3. Crianças – Cuidado e higiene 4. Mãe e lactente – Crenças alimentares I. Bachion, Maria Márcia. II. Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.** III. Título.

DU: 613.22



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás

FOLHA DE APROVAÇÃO DE DEFESA DE
TESE DE DOUTORADO

**“PRÁTICAS E CRENÇAS MATERNAS
RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS, NO
PRIMEIRO ANO DE VIDA”**

MÁRCIA HELENA SACCHI CORREIA

Tese defendida e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Maria Márcia Bachion

Profa. Dra. Maria Márcia Bachion - Presidente

Ana Márcia Spano Nakano

Profa. Dra. Ana Márcia Spano Nakano – Membro

Marcelo Medeiros

Prof. Dr. Marcelo Medeiros – Membro

Maria Claret Costa Monteiro Hadler

Profa. Dra. Maria Claret Costa Monteiro Hadler– Membro

Vânia Cristina Marcelo

Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo - Membro

Profa. Dra. Fátima Maria Lindoso da Silva Lima – Suplente

Profa. Dra. Ida Helena Carvalho Franciscantonio Menezes – Suplente

Goiânia, 18 de maio de 2009.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante em vida, aumentando e guiando todos os meus passos.

A minha mãe, Maria Mécia Bechar, pelo apoio incondicional durante toda a vida e neste trabalho, acolhendo-me com seu jeito "especial". Obrigada por tudo.

Aos colegas da Faculdade de Nutrição, minha "casa", em especial à Profa. Nilza Maria da Silva Costa e à secretária Wafêria Alves de Toledo, pela colaboração e incentivo durante esta caminhada.

A Profa. Raquel de Andrade Cardozo Bortolo, amiga e incentivadora, pela compreensão e apoio durante meu afastamento, possibilitando minha dedicação integral a este trabalho.

A equipe de pesquisa "Fatores Determinantes para a duração do aleitamento materno", em especial às nutricionistas e amigas Karla Aparecida Martins e Lorena Pereira da Souza Rosa, pela experiência compartilhada... e "serenidade" que gerou este livro.

Dedico este trabalho...

Aos meus filhos, Danielle e Túlio, meus bens mais valiosos, cuja grandeza do meu amor não consigo expressar por palavras.

Aos meus amigos, Márcia Amantino Clark Reis, Maria Raquel Falcão Campos, e Verúbia Prado Alexandre, pela compreensão e conselhos nos momentos difíceis.

Ao meu marido, Reinaldo, por todos os momentos compartilhados, ao longo de nossa história.

A amiga Tânia Marzote de Castro pelo carinho e apoio... sempre auxiliando-me em minhas atividades.

À minha família, sempre tão presente na minha vida. É o carinho e a confiança de vocês que me fortalece para enfrentar todos os desafios.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante em vida, iluminando e guiando todos os meus passos.

À Profa. Dra. Maria Márcia Bachion, pelo apoio incondicional durante todas as fases deste trabalho, acolhendo-me com seu jeito "especial". Obrigada pela confiança...

Aos colegas da Faculdade de Nutrição, minha "casa", em especial à Profa. Nilce Maria da Silva Costa e à secretária Walkíria Alves de Toledo, pela colaboração e incentivo durante esta caminhada.

À Profa. Raquel de Andrade Cardoso Santiago, amiga e incentivadora, pela compreensão e apoio durante meu afastamento, possibilitando minha dedicação integral a este trabalho.

À equipe da pesquisa "Fatores determinantes para a duração do aleitamento materno", em especial às nutricionistas e amigas Karine Anusca Martins e Lorena Pereira de Souza Rosa, pela experiência compartilhada... a "semente" que gerou esta tese.

Às amigas Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes, Lucilene Maria de Sousa, Márcia Armentano Clark Reis, Maria Raquel Hidalgo Campos, e Veruska Prado Alexandre, pelo companheirismo e conselhos nos momentos difíceis.

À amiga Tânia Marizze de Castro pelo carinho e afeição... sempre auxiliando-me em minhas atividades.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, pelo carinho e atenção com que me acolheram durante o trabalho de campo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, em especial às secretárias Raquel Pereira Vargas e Valdecina Quirino Rodrigues, pela gentileza e paciência com que me atenderam.

A todas as mães que participaram como sujeitos desta pesquisa, possibilitando sua realização.

Aos membros da banca de qualificação: Prof. Dr. Marcelo Medeiros, Profa. Dra. Ida Helena Carvalho Franciscantônio Menezes, Profa. Dra. Fátima Maria Lindoso da Silva Lima, pelas importantes sugestões que contribuíram para a melhoria deste trabalho, nesta etapa da trajetória da pesquisa.

Aos membros da banca de defesa da tese: Profa. Dra. Ana Márcia Spano Nakano, Profa. Dra. Maria Claret Costa Monteiro Hadler, Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo e Prof. Dr. Marcelo Medeiros, pela contribuição no refinamento do trabalho.

Aos amigos que me incentivaram e apoiaram nesta caminhada... Saibam que, para mim, a amizade é a fonte mais poderosa para recarregar minhas energias.

A todas as pessoas de meu convívio social e profissional que colaboraram para a realização deste projeto.

SUMÁRIO

FIGURAS E QUADROS		
SIGLAS		
RESUMO		
ABSTRACT		
1	CONSTRUINDO E DELIMITANDO O OBJETO DA PESQUISA	13
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVOS GERAIS	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	O SIGNIFICADO SOCIOCULTURAL DA ALIMENTAÇÃO	21
3.2	O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES	24
3.3	ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E FATORES ASSOCIADOS	26
3.4	O PAPEL DA MULHER, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DA SAÚDE NAS PRÁTICAS ALIMENTARES	33
3.5	AS CRENÇAS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NA ALIMENTAÇÃO	40
3.6	PRESSUPOSTOS	50
4	PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1	PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS	52
4.2	CAMPO DE ESTUDO	53
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	56
4.4	COLETA DE DADOS	58
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	62
4.6	ANÁLISE DOS RESULTADOS.	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ATORES SOCIAIS	67
5.2	PRÁTICAS E CRENÇAS MATERNAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	73

5.2.1	O COTIDIANO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	74
5.2.2	SENSIBILIDADE DA CRIANÇA	120
5.2.3	CONTINGÊNCIAS DO COTIDIANO	145
5.2	FONTES DE REFERÊNCIAS	156
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
	REFERÊNCIAS	196
	APÊNDICES	211
	APÊNDICE A	212
	APÊNDICE B	215
	APÊNDICE C	216
	ANEXOS	217
	ANEXO 1	218
	ANEXO 2	219

FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Representação do Modelo de Cresças de Milton Rokeach.	
Figura 2	Mapa das Distritos Sanitários de Saúde de Goiânia.	
Quadro 1	Características socio-demográficas das mães e dos lactantes participantes do estudo, sobre práticas maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças de 6-12 meses de vida. Região Nordeste de Goiânia. Maio e junho de 2008.	
Quadro 2	Práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças, na primeira ano de vida. Região Nordeste de Goiânia. Maio e junho de 2008.	

SIFI/UFG

FIGURAS E QUADROS

- Figura 1** Representação do Modelo de Crenças de Milton Rokeach.
- Figura 2** Mapa dos Distritos Sanitários de Saúde de Goiânia.
- Quadro 1** Características sociodemográficas das mães e dos lactentes, participantes do estudo, sobre crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças de 6-12 meses de idade. Região Noroeste de Goiânia. Maio a julho de 2008.
- Quadro 2** Práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida. Região Noroeste de Goiânia. Maio a julho de 2008.

SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
DIEESE	DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IHAC	INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA
MNC	MATERNIDADE NASCER CIDADÃO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PAHO	<i>PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION</i>
POF	PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UFG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
WHO	<i>WORLD HEALTH ORGANIZATION</i>

RESUMO

A nutrição adequada desempenha papel fundamental no desenvolvimento pleno da criança. O leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido e a amamentação exclusiva é preconizada até o sexto mês. A partir desta idade, recomenda-se a introdução de outros alimentos para atender as necessidades nutricionais que não são mais supridas pelo leite materno. A introdução da alimentação complementar envolve aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais. Este estudo objetivou analisar as práticas e as crenças relacionadas à alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida, de um grupo de mães moradoras da Região Noroeste de Goiânia, Goiás – Brasil, que deram a luz na Maternidade Nascer Cidadão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que busca compreender como as crenças pessoais influenciam as práticas maternas relativas à alimentação complementar. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas, com quinze mães, após o consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados compreendeu duas etapas. Inicialmente, as entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2008) e após o estabelecimento das categorias temáticas procedeu-se a discussão das crenças, segundo Modelo de Rokeach (1981). Foram identificadas quatro categorias temáticas: "O cotidiano da alimentação complementar", "Sensibilidade da criança", "Contingências do cotidiano" e "Fontes de referências". Os depoimentos maternos revelaram que o processo de introdução dos alimentos complementares é construído a partir de uma rede de informações confrontadas com as crenças que cada uma possui. É uma fase em que a mãe se percebe com grande responsabilidade. Neste processo, há uma série de situações que exigem tomadas de decisões baseadas em suas crenças. A realidade observada, no presente trabalho, evidencia a necessidade de maior acompanhamento materno, na fase de introdução da alimentação complementar, para valorizar os aspectos positivos e tentar discutir as práticas que precisam ser revisadas. A composição do sistema de crenças identificado revela que as crenças maternas têm papel primordial nas escolhas e nas práticas que norteiam a introdução da alimentação complementar. As fontes de informação são variadas e cada uma contribui com uma parcela na construção do referencial das crenças maternas. O conhecimento do sistema de crenças surge como uma alternativa para os profissionais de saúde se aproximarem deste grupo e atuarem efetivamente na promoção da saúde.

Palavras-chaves: nutrição do lactente, cultura, comportamento alimentar

ABSTRACT

The appropriate nutrition plays a fundamental role in child development. Breast milk is the ideal food for the newborn, and exclusive breastfeeding is encouraged until the sixth month. From that age on, the introduction of other foods to attend nutritional needs which are no longer supplied by breast milk is encouraged. The introduction of complementary feeding involves biological, social, economical and cultural aspects. This study aimed to analyze the practices and beliefs related to complementary feeding of children in their first year of life from a group of mothers living in the Northwestern Region of Goiânia, Goiás, Brasil, who gave birth at Nascer Cidadão Maternity Hospital. It is a qualitative research, based on Social Psychology, seeking to understand how personal beliefs influence the maternal behavior related to the complementary feeding. The data were collected by means of individual semistructured interviews with fifteen mothers, after free and clarified consent. Data analysis comprised two-stage. Initially, the interviews were transcribed and then analyzed using the content analysis technique (BARDIN, 2008), and after the establishment of the thematic categories proceeds to discuss the beliefs, according to the Rokeach Model (1981). Four thematic categories were identified: "The complementary feeding", "Child's sensibility", "Quotidian's contingencies" and "Sources of references". The mothers' testimonies showed that the process of introducing complementary feeding is built from a web of information confronted with the beliefs of every one of those mothers. It is a period when the mother sees herself under great responsibility. In this process, there are several situations which demand decision-making based upon their beliefs. The observed reality, in the present work, evidences the necessity of a closer maternal accompaniment in the complementary feeding introduction stage, to value the positive aspects and try to discuss the practices that must be revised. The identified belief system structure reveals that maternal beliefs play a crucial role in the choices and practices that guide the introduction of the complementary feeding. The information is provided by different sources and each one of them contributes in the construction of maternal beliefs references. Acknowledging the belief system is an alternative for the health professionals to approach this group and act effectively in health care promotion.

Key-words: infant nutrition, culture, feeding behavior

1 CONSTRUINDO E DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO

O interesse pelo estudo do alimento e da alimentação sempre esteve fortemente associado a nós, haja vista a escolha pelo curso de Nutrição e, posteriormente, o ingresso na carreira docente, ministrando a disciplina "Técnica Dietética", que estuda o alimento e as transformações advindas do seu processamento.

O primeiro contato com a área materno-infantil ocorreu durante a disciplina Nutrição Materno-infantil, ainda na graduação. Chamou-nos a atenção, o forte vínculo formado, entre mãe e filho, na gestação e na lactação, tanto no aspecto emocional como no biológico.

Mais tarde, no início de nossa trajetória profissional, no desempenho das atividades como nutricionista, na clínica de pediatria de um hospital público, tivemos a oportunidade de conviver e interagir com crianças e seus acompanhantes (cuidadores), e constatamos a dedicação e a importância destes - na maioria das vezes mães - no tratamento e recuperação de seus filhos.

Com a maternidade pudemos vivenciar, em toda magnitude, o que significa ser mãe e cuidadora. Como muitas mães, sentimos fragilidades diante daquele pequeno ser totalmente dependente de nossos cuidados. Experimentamos o prazer da amamentação com a primeira filha. Quanto ao segundo filho, a tristeza em interrompê-la, logo no início do terceiro mês,

momento em que nos sentimos culpada pela “incapacidade” de amamentar. Descobrimos, também, que a introdução da alimentação complementar é uma forma de interação entre a mãe (ou o cuidador) e o bebê, propiciando novas descobertas para ambos: os sabores, aromas, texturas para a criança, e a interpretação, pela mãe, do comportamento do lactente frente aos alimentos (aceitação ou recusa).

No exercício da função de professora do curso de Nutrição, na área de Técnica Dietética, tivemos várias oportunidades de participar de oficinas culinárias, para orientação e educação nutricional, nas quais, muitas vezes, os participantes relatavam suas experiências e lembranças acerca da alimentação e dos alimentos, ao longo de suas vidas.

Nestas atividades, o caráter cultural da alimentação emergia de forma natural, durante a manipulação dos alimentos, pela forma de preparo ou pelos comentários e adaptações da receita proposta. A associação da alimentação, com aspectos culturais e familiares arraigados, estava sempre presente, direcionando suas práticas alimentares cotidianas, tanto na escolha dos alimentos, quanto nas técnicas empregadas no preparo e/ou nos cuidados de higiene e conservação. Tudo se remetia ao aprendizado familiar e à vivência social, à “escola da vida”: “minha mãe sempre fez assim...”, “foi “minha avó quem me ensinou...”, “lá na minha terra a gente costumava fazer deste jeito...”, eu aprendi observando os outros fazerem...”

Posteriormente, ao terminar o Mestrado na área de Microbiologia de Alimentos, aliamos nossa experiência em Dietética e Microbiologia à área Materno-infantil, participando de projetos desenvolvidos pelo Centro

Colaborador em Alimentação e Nutrição/Região Centro-Oeste - convênio de cooperação técnica entre a Universidade Federal de Goiás (UFG) e o Ministério da Saúde (MS) - na área de Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Essa experiência, que tinha por objetivo conhecer o cotidiano da alimentação de crianças menores de dois anos, sob os aspectos nutricionais e microbiológicos, mostrou-nos a necessidade de proporcionar informações práticas para as mães e/ou pessoas responsáveis pelo cuidado da criança pequena. Assim, foram desenvolvidas ações de educação em saúde e criação de material didático, tais como: *folders*, cartazes e manual de alimentação infantil, para formação de agentes comunitários. À medida que as atividades educativas ocorriam, mediadas pelos agentes comunitários, utilizando o material elaborado, houve relatos de dificuldades de adesão das mães às práticas de alimentação complementar recomendadas no manual.

Dando continuidade à pesquisa, na área materno-infantil, participamos da elaboração e execução de um projeto de pesquisa sobre os fatores determinantes para a duração do aleitamento materno, na Região Noroeste de Goiânia. Buscava-se conhecer os aspectos socioeconômicos, culturais e biológicos das mães e do recém-nascido para compreender as escolhas e condutas maternas, acerca da alimentação infantil. Durante a execução do projeto houve contatos com mães moradoras da região, por aproximadamente dois anos, ocasionando nossa primeira imersão no universo cultural desta população. Evidenciou-se, então, o nosso parco conhecimento sobre as práticas alimentares e o contexto de vida destas pessoas. Alguns aspectos, tais como a introdução precoce do chá e da água, tabus alimentares associados à

alimentação da gestante, nutriz e bebê e a falta de adoção de determinados cuidados higiênicos na manipulação dos alimentos evidenciaram a necessidade de conhecer melhor as práticas alimentares desta população.

Nesta caminhada, reconhecemos a importância de compreender a população, de forma mais holística, procurando entender sua inserção no contexto biopsicossocial e as repercussões que podem advir de influências socioculturais, no seu modo de vida e nas escolhas e comportamentos alimentares. Despertamos para a necessidade de se compreender como as relações sociais e familiares interferem na prática alimentar da criança, e como ocorre esse processo de perpetuação, no qual a alimentação dos filhos é pautada na "memória familiar".

Concomitantemente, na época, iniciamos o projeto de estudos para o doutorado e nos inserimos na linha de pesquisa "Aspectos Nutricionais, Educacionais e Socioculturais da Saúde Humana". No levantamento bibliográfico sobre alimentação complementar, observamos que o tema, apesar de ser objeto de vários estudos que procuram identificar os aspectos nutricionais, higiênicos e culturais (BRASIL, 2002; DEWEY; BROWN, 2003; GIUGLIANI; VICTORA, 2000; MENSAH; TOMKINS, 2003; PAHO, 2003; PELTO; LEVITT; THAIRU, 2003), a maior parte dessas investigações é de natureza quantitativa, o que leva a carência de informações que abordem os aspectos das subjetividades e das motivações maternas envolvidas na alimentação infantil.

Assim, na delimitação do objeto de pesquisa para o doutorado percebemos que para compreender melhor este universo seria necessária a

incursão no campo da pesquisa qualitativa, no intuito de elucidar questões relativas às crenças das mães sobre a alimentação complementar, no primeiro ano de vida, e sua influência na introdução dos alimentos para o bebê, de modo a permitir um novo olhar que, somado à nossa trajetória poderia ampliar as contribuições para o ensino, pesquisa e prática em Nutrição.

Na fase de redação do projeto de doutorado, também vislumbramos que somente com uma abordagem ampliada, que aliasse conhecimentos biológicos aos sociológicos, poderíamos conhecer as práticas alimentares.

Essa descoberta foi fundamentada na leitura de artigos (CANESQUI, 1988, 2007; MINTZ, 2001; POULAIN; PROENÇA, 2003a, 2003b; WOORTMANN, 1986) que apresentavam temas associados à alimentação, do ponto de vista antropológico e sociológico, em especial, o livro "Antropologia da Nutrição: um diálogo possível" (CANESQUI; GARCIA, 2005a). Então, sob esta nova ótica, compreendemos a magnitude da alimentação, como uma necessidade básica e vital, imprescindível para a vida e à sobrevivência humana que sofre influências da cultura na seleção alimentar, no preparo, na forma de oferecer, estabelecendo as normas que prescrevem, proíbem ou permitem o que comer, não sendo possível entendê-la, apenas com uma abordagem unilateral.

A aproximação com a temática crença revelou-nos esta possui suas origens na cultura, de modo que, o indivíduo, ao mesmo tempo em que possui determinadas crenças e tende a agir de acordo com elas, passa a pensar e a enxergar o mundo através delas. Algumas crenças são tão fortes que a pessoa tende a ignorar determinados elementos da realidade ou criar formas de

modificar a credibilidade de informações ou fenômenos que venham a contrariar sua crença (Pátaro, 2006).

O estudo de crenças está relacionado a diversas áreas do conhecimento, incluindo, a Filosofia, Psicologia, Sociologia e Antropologia. Destacamos a abordagem da Psicologia Social, uma vez que há, nesta corrente, uma ampla discussão a respeito das crenças e sua relação com o sujeito e seu modo de agir em sociedade. Entre os autores que tratam deste tema, figura Milton Rokeach, que classifica as crenças conforme a sua localização mais periférica ou central dentro do sistema de crenças do indivíduo, o que implica em maior ou menor dificuldade para modificação das mesmas.

Considerando que, em nosso país existem muitas crenças associadas à alimentação infantil que interferem nas condutas maternas (BRASIL, 2002; MONTE; SÁ, 1998) acreditamos que o conhecimento e a compreensão das crenças e percepções maternas, com relação à alimentação complementar, representem o fio condutor para que os profissionais de saúde, que trabalham na área da alimentação da criança, adotem abordagem pautada na integralidade, com vistas à alimentação infantil saudável.

Diante do exposto, algumas questões foram configuradas, como foco da presente pesquisa:

- Quais são as práticas de alimentação complementar adotadas por mães, no primeiro ano de vida dos filhos?
- Qual é o conjunto de crenças que influencia nas escolhas maternas relacionadas às práticas de alimentação complementar, no primeiro ano de vida?

- Quais pessoas influenciam na construção das práticas e das crenças maternas relacionadas à alimentação complementar, no primeiro ano de vida?

- Que dimensão ocupa o discurso dos profissionais de saúde, no universo das crenças maternas, relacionadas à alimentação complementar, no primeiro ano de vida?

Estas questões remetem ao objetivo do estudo que se propôs a analisar as práticas e as crenças maternas acerca da alimentação complementar.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as práticas de alimentação complementar adotadas por mães, no primeiro ano de vida dos filhos.

- Identificar e classificar as crenças que influenciam nas práticas maternas relacionadas às práticas de alimentação complementar, no primeiro ano de vida.

- Identificar quais os padrões que influenciam na construção das práticas e das crenças maternas relacionadas à alimentação complementar, no primeiro ano de vida.

- Conhecer a dimensão ocupada pelo discurso dos profissionais de saúde, no universo das crenças maternas relacionadas à alimentação complementar, no primeiro ano de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar as práticas e crenças relacionadas à alimentação complementar de crianças no primeiro ano de vida, de um grupo de mães moradoras da Região Noroeste de Goiânia, Goiás, que deram à luz na Maternidade Nascido Cidadão (MNC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as práticas de alimentação complementar adotadas por mães, no primeiro ano de vida dos filhos.
- Identificar e classificar as crenças que influenciam nas escolhas maternas relacionadas às práticas de alimentação complementar, no primeiro ano de vida.
- Identificar quais as pessoas que influenciam na construção das práticas e das crenças maternas relacionadas à alimentação complementar, no primeiro ano de vida.
- Conhecer a dimensão ocupada pelo discurso dos profissionais de saúde, no universo das crenças maternas relacionadas à alimentação complementar, no primeiro ano de vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SIGNIFICADO SOCIOCULTURAL DA ALIMENTAÇÃO

Segundo Helman (2003), o significado do alimento ultrapassa o aspecto nutricional, pois desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas, e está intimamente relacionado com as questões sociais, religiosas e econômicas, da vida cotidiana.

A alimentação não pode ser vista unicamente sob o aspecto biológico, uma vez que é "modelada pela cultura", e está sujeita aos efeitos das organizações sociais (CANESQUI; GARCIA, 2005b), pois conforme destaca Maciel (2005, p. 49): "na alimentação humana, natureza e cultura se encontram, pois se comer é uma necessidade vital, o quê, quando e com quem comer são aspectos que fazem parte de um sistema que implica atribuição de significados ao ato de alimentar."

Diante desta perspectiva, é importante ressaltar que o estudo da alimentação é um assunto de intensa complexidade e de interesse para várias disciplinas científicas, onde cada uma apresenta informações de acordo com suas especificidades, mas que exhibe também a possibilidade de estudos pluridisciplinares, que propiciem a interação entre essas diferentes abordagens (POULAIN; PROENÇA, 2003b).

Considerando a dimensão sociocultural da alimentação, vários estudos foram desenvolvidos, ao longo dos anos, por diversos pesquisadores. Inicialmente, antropólogos e sociólogos e, mais recentemente, profissionais de saúde que se pautaram em conceitos e metodologias das ciências sociais (CANESQUI, 2005a; POULAIN; PROENÇA, 2003b).

No Brasil, o início das pesquisas antropológicas, sobre a alimentação, remonta à década de 50, e, desde então, tentaram focalizar os elementos culturais e ideológicos que permeiam as práticas alimentares (CANESQUI, 1988). Os estudos realizados, no contexto da comunidade, enfocaram a dimensão cultural da alimentação, expressa por meio das crenças e tabus relacionadas à gestação, parto e ao pós-parto. Tais investigações contribuíram para o entendimento das lógicas dos hábitos alimentares, e evidenciaram que estas não se atrelam unicamente ao sentido da alimentação do ponto de vista da economia, mas que se apropriam também da cultura, da aprendizagem e da socialização, assim como são influenciadas pelo simbolismo, pelas crenças, pelas identidades sociais, pelos aspectos materiais e pelo consumo (CANESQUI, 2005a). Sob este olhar, estudiosos ressaltam que:

Apesar das diferentes perspectivas teóricas adotadas e de suas divergências analíticas, a produção acadêmica examinada reafirma que o ato de alimentar se insere numa ordem cultural que se expressa no sistema de classificações alimentares na seleção do que é ou não comestível, e que toda cultura dispõe de um conjunto de categorias e de regras alimentares, de prescrições e proibições relativas ao que deve ou não ser comido (CANESQUI, 2005a, p. 41).

Os estudos mostram que para se obter mudanças no comportamento alimentar é preciso ultrapassar a visão meramente biológica, e entrelaçá-la às

questões sociais. A alimentação deve ser vista pelo consumo de alimentos e não de nutrientes, devendo fundamentar-se em práticas alimentares que expressem significados sociais e culturais, respeitando o sabor, a cor, a forma, o aroma e a textura dos alimentos. É preciso que o alimento seja considerado como fonte de prazer e de identidades cultural e familiar (BRASIL, 2006; CANESQUI, 1988; CANESQUI; GARCIA, 2005b; WOORTMANN, 1986).

De acordo com Pátaro (2006), a cultura nasce da interação dos seres humanos, portanto, depende da vida em sociedade. O ser humano, em sua individualidade, também possui muito da cultura à qual pertence, fato que nos permite considerar que a sua influência é tão intensa que acaba, até mesmo, por repercutir na própria organização do pensamento, do conhecimento e na aprendizagem. A cultura, assim, influencia não apenas externamente, impregnando sua marca no sujeito, mas também internamente, fazendo emergir do próprio ser a força de suas idéias, crenças e paradigmas.

A importância da cultura, no processo de perpetuação das práticas alimentares, é evidenciada por sua definição. Segundo Helman (2003): a cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos, enquanto membros de uma sociedade em particular, podendo ser comparada a uma "lente herdada", através da qual, as pessoas percebem, compreendem e aprendem a viver no mundo que habitam. Para compreender o papel da cultura é preciso que seja vista em seu contexto particular, no qual se incluem: elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos. Assim, a cultura de qualquer grupo, em qualquer período de tempo é sempre

influenciada por diversos fatores, sendo impossível isolar crenças culturais e comportamentos “puros” do contexto social e econômico, em que ocorrem.

A cultura exerce um papel fundamental no processo de internalização das crenças e sistemas de crenças, pois é a partir daí que o sujeito – por meio das ideologias, da mídia e das instituições sociais – entra em contato com as crenças difundidas socialmente, e passa a internalizá-las. Quando isso ocorre, elas passam a fazer parte da sua individualidade, influenciando sua forma de pensar, agir e lidar com o mundo (PÁTARO, 2006).

3.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES

O modelo alimentar é um conjunto de conhecimentos construído a partir de experiências vividas pela comunidade humana, baseadas em erros e acertos, que permitem um diálogo pluridisciplinar entre as ciências sociais e as ciências da alimentação e nutrição, contribuindo para a compreensão das decisões alimentares. A alimentação situa-se dentro de ciclos temporais socialmente estabelecidos (alimentação de lactentes, crianças, adolescentes, adultos e idosos), onde cada etapa se caracteriza por estilos alimentares que compreendem a inclusão ou exclusão de determinados alimentos, os ritmos das refeições, os *status* dos comensais. A alimentação é a primeira aprendizagem social da criança (POULAIN, 2004).

Neste sentido, Mintz (2001) complementa que as atitudes, em relação à comida, geralmente são aprendidas cedo, sendo inculcadas por adultos com os

quais mantemos relações de afetividade, estabelecendo-se um sentimentalismo duradouro.

Segundo Rotemberg e De Vargas (2004), em contextos diversificados, os grupos sociais criam suas estratégias de construção de saber, de forma que seu aprendizado em alimentação é construído desde a infância, no contato com suas avós, mães e comunidades e, no presente, orientam seu trabalho e sua participação na família e vida social.

Entretanto, apesar do processo de aprendizagem ser semelhante nas diversas culturas, acredita-se que as preferências e os estilos de controle de ingestão dos alimentos apresentem uma grande diferença, em função das práticas alimentares empregadas, que decorrem da disponibilidade dos alimentos, das crenças e tabus, e do contexto social do ato de alimentar-se (BIRCH, 1999).

Esta influência do contexto socioeconômico foi confirmada no trabalho de Rotemberg e De Vargas (2004) sobre os significados das práticas alimentares, compreendendo as percepções, experiências e valores acerca da alimentação, para mães de crianças, sob risco nutricional, moradoras da favela da Rocinha, Rio de Janeiro. O estudo identificou que os hábitos e as práticas alimentares são permeados pelo aprendizado materno, que se inicia na infância, e associa-se aos hábitos urbanos de consumo, visto que, a amamentação e a introdução de alimentos complementares até a alimentação cotidiana da família é um processo construído pela experiência e aprendizado próprios, de cada grupo social.

com No passado, informações sobre a alimentação faziam parte do ritual de socialização das meninas, sendo aprendidas por meio das experiências e vivências passadas de mãe para filha, de avó para neta, pelas várias gerações. Nos dias atuais, a construção do aprendizado em nutrição e alimentação foi ampliada e ocorre a partir de várias fontes de informações, que incluem aquelas repassadas no ambiente de trabalho das mulheres, pela mídia e, muitas vezes, são referendadas pelo discurso acadêmico-científico. Assim, “as práticas alimentares constituem-se num campo no qual o passado e o presente se entrelaçam, onde a inovação e a tradição estão presentes” (ROTEMBERG; DE VARGAS, 2004, p.93).

Além disso, Canesqui (2005b) ressalta que as práticas alimentares são influenciadas pelo poder aquisitivo, pela propaganda e praticidade, tomando-se susceptíveis a mudanças, como: a inclusão de novos alimentos, formas de preparo, compra e consumo. Também, aponta a possibilidade da sociedade apresentar resistência a estas modificações, cuja intensidade dependerá da cultura alimentar e da consolidação das práticas estabelecidas e simbolicamente valorizadas pelo grupo social.

3.3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E FATORES ASSOCIADOS

A alimentação é uma necessidade básica do homem que apresenta repercussões, ao longo de toda a vida. Portanto, a prática de uma alimentação saudável, com benefícios para a saúde, deve iniciar-se desde o nascimento,

com a implementação de alimentação infantil adequada, pois o primeiro ano de vida é o alicerce para a vida adulta.

O período, entre o nascimento e os dois anos de idade, é crítico para a promoção do crescimento, da saúde e do desenvolvimento comportamental. A nutrição desempenha papel fundamental, no desenvolvimento pleno da criança (PAHO, 2003).

O leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido, sendo a amamentação exclusiva preconizada até o sexto mês, por oferecer os nutrientes necessários, conferir imunidade contra algumas doenças provocadas por agentes infecciosos e promover o vínculo mãe-filho. Entretanto, a partir desta idade, recomenda-se a introdução de outros alimentos para atender as necessidades nutricionais que não são mais supridas somente pelo leite materno (BRASIL, 2002; MONTE; GIUGLIANI, 2004; PAHO, 2003).

Na tentativa de promover a alimentação infantil adequada, muitos esforços têm sido feitos, mundialmente (DAELMANS; MARTINES; SAADEH, 2003; PAHO, 2003; WHO, 1998a, 1998b). No Brasil, o Ministério da Saúde elaborou a publicação, "Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos", que contém os dez passos para melhorar a alimentação infantil (BRASIL, 2002). Este manual estabelece que: "uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno" (p.15).

As mensagens-chave do Guia Alimentar (BRASIL, 2002), isto é, os dez passos, são orientações que devem ser trabalhadas pelos profissionais de

saúde da área básica no processo de transição entre o aleitamento materno exclusivo e a alimentação da família, as quais compreendem:

Passo 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

Passo 4 ¹ – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

¹ A redação deste passo foi modificada para: "A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança."

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.

Alimentação complementar é o processo que se inicia quando a alimentação do bebê, proveniente apenas do aleitamento materno exclusivo, não é mais suficiente para suprir os nutrientes necessários, e outros alimentos e líquidos são necessários. O período da alimentação complementar ocorre entre os seis e vinte e quatro meses de idade ainda que, o aleitamento materno possa continuar além dos dois anos (BRASIL, 2002; PAHO, 2003).

Os alimentos complementares compreendem: “qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano oferecido à criança amamentada” (GIUGLIANI; VICTORA, 2000, p. s254).

A introdução da alimentação complementar é uma etapa crucial, pois se não forem observados os aspectos nutricionais, dietéticos e higiênicos a criança poderá estar vulnerável e susceptível a enfermidades. É um processo que envolve fatores sociais, econômicos e culturais que interferem no estado nutricional da criança. Além disso, é a partir deste período que são formados os hábitos alimentares que influenciarão na saúde, como um todo (BIRCH; FISHER, 1998; RAMOS; STEIN, 2000).

Uma alimentação complementar adequada é composta por alimentos variados, nutritivos - ricos em energia e micronutrientes; segura quanto aos aspectos microbiológicos; preparada com pouco sal, condimentos e óleo; em consistência adequada - inicialmente pastosa e gradativamente aumentar a consistência até atingir a dieta da família, empregando-se alimentos da região e com custo compatível à condição econômica familiar (BRASIL, 2002; GIUGLIANI; VICTORA, 2000; PAHO, 2003; PELTO; LEVITT; THAIRU, 2003).

Contudo, a alimentação complementar não depende apenas do alimento que compõe a dieta, mas de um conjunto de outras variáveis que incluem: a forma como o alimento é oferecido à criança (na mão ou utilizando-se talheres, pratos, copos), quando e quem oferece o alimento ao bebê (BRASIL, 2002; PAHO, 2003; PELTO; LEVITT; THAIRU, 2003).

A consistência dos alimentos oferecidos também é um aspecto importante, pois está relacionada com a densidade energética (número de calorias por unidade de volume ou peso do alimento). Alimentos muito diluídos dificultam a ingestão adequada do aporte energético requerido pela criança, quanto maior o conteúdo de água, menor a densidade energética (WHO, 1998b). Portanto, é preciso desencorajar a prática de oferecer alimentos de consistência rala, entre os quais: as sopas, que muitas vezes, são oferecidas na mamadeira, liquidificadas (BRASIL, 2002; TAKUSHI, 2003).

Também devem ser levados em consideração os riscos microbiológicos oriundos da manipulação dos alimentos, pois, devido à faixa etária das crianças, a suscetibilidade às enfermidades é grande, principalmente a diarreia. A ocorrência de contaminação de alimentos tem sido frequentemente associada

à etapa de introdução de alimentação complementar, por meio do alimento (GA, 1996), do manipulador, da água, das condições de higiene dos utensílios, em particular as mamadeiras (MORAIS; MORAIS; SIGULEM, 1998), do ambiente e das práticas empregadas no preparo e/ou armazenamento do alimento (ASSIS et al., 2000; CAO et al., 2000; DEWEY; BROWN, 2003; MENSAH; TOMKINS, 2003; MOTARJEMI et al., 1994).

Assis et al. (2000) ressaltam que a diarreia é um importante fator de morbimortalidade em crianças, menores de cinco anos de idade, sendo a principal causa de óbitos das crianças de até dois anos, nos países em desenvolvimento. A incidência é mais elevada no primeiro ano de vida, coincidindo com a introdução de alimentos diferentes do leite materno, os quais podem estar contaminados com bactérias entéricas e sujeitos à manipulação inadequada, tanto no ciclo da produção e comercialização quanto no domicílio; situações que se agravam se a água utilizada não for potável e se o ambiente domiciliar não possuir condições sanitárias adequadas.

8990/13

Um estudo sobre as práticas dietéticas, higiênicas e condições microbiológicas da alimentação complementar de crianças, residentes na Região Leste de Goiânia, revelou que 25% da água de ingestão e, 26,4% da água utilizada no preparo das refeições, estavam contaminadas. Apesar das mães, em sua maioria, terem relatado possuir noções adequadas de preparo, limpeza e armazenamento de alimentos, os resultados microbiológicos de bactérias mesófilas da mamadeira e do almoço apresentaram contagens que sugerem riscos relacionados às condições gerais de processamento (CORREIA et al., 2003). Com base nessa contradição, estes autores recomendam que

sejam realizadas orientações às mães, dando ênfase aos cuidados de higiene, preparo e conservação de alimentos.

Isto reforça a importância de conhecer as crenças e as percepções das mães, com relação aos cuidados higiênicos.

Parada, Carvalhaes e Jamas (2007) estudaram as práticas de alimentação complementar em crianças, no primeiro ano de vida, em Botucatu (SP), e observaram a introdução precoce de alimentos complementares, acarretando uma baixa frequência de aleitamento materno. Também, foi evidenciado o consumo de preparações de consistência inadequada, oferta de “comida da família” a crianças entre, seis a oito meses (48,8%), e sopas a bebês com mais de oito meses (71,6%).

Apesar das ações em prol da alimentação infantil, verifica-se ainda uma baixa duração do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar em idade inoportuna, conforme observado por Crocetti, Dudas e Krugman (2004) em um estudo sobre as crenças e práticas dos pais sobre a alimentação infantil. Foi constatado que apesar das mães ou cuidadoras terem conhecimento das recomendações para alimentação infantil, frequentemente, introduzem alimentos sólidos, antes dos quatro meses.

A formação do repertório de crenças que fundamentará as escolhas maternas, na alimentação infantil, já está presente na fase de gestação. Os resultados relatados por Takuski (2003) sobre a alimentação complementar planejada por gestantes, atendidas em centros de saúde em São Paulo (SP), indicam conhecimentos empíricos, influência da propaganda e poucos traços da

informação científica adquirida, sem distinção entre as necessidades do adulto e da criança.

Em Jundiaí (SP), Salve (2008, p. 28) estudou as representações sociais de mães, sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes, e destacou que:

A prática da alimentação da criança se articula com o contexto social, político, econômico e cultural em que a mulher está inserida e, sua tomada de decisão guarda relação com uma estrutura social, num movimento constante em que reconhecer o que é necessário fazer, refletir com base no seu contexto social e tomar as decisões sobre os alimentos a serem oferecidos aos seus filhos. O conhecimento da realidade e das vivências sociais, incluindo pensamentos, sentimentos e percepções, acontece mediante as relações sociais vividas por essas mulheres

3.4 O PAPEL DA MULHER, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS ALIMENTARES

O contexto familiar desempenha papel fundamental na construção das práticas alimentares, porque a família se constitui em uma organização complexa de relações de parentesco, que estabelece sua própria história, a partir do cotidiano, e define as particularidades que a diferenciam das outras famílias (SOARES, 2004).

Segundo Wortmann (1986), a família é uma construção ideológica que se reproduz no plano simbólico, e uma das dimensões dessa reprodução se dá por meio da alimentação. Além disso, como é constituída por homens e mulheres e, sendo o gênero, por sua vez, construído no plano das representações, a comida fala da família, de homens e de mulheres, da divisão de papéis e de suas tarefas e responsabilidades.

A alimentação atribui ao pai à tarefa de provedor e responsável pela garantia dos recursos necessários à sobrevivência da família. Quanto à mulher, cabe desempenhar os papéis de mãe e dona-de-casa, constituindo-se na principal responsável pelo controle e administração do consumo doméstico (WOORTMANN, 1986).

O trabalho feminino, no preparo da alimentação, obedece a regras de economia e controle, morais, estéticas e de higiene (CANESQUI, 1988), sendo repassadas pelas gerações, entrelaçando a dimensão econômica com a afetiva e a de ritual de socialização (ROTEMBERG; DE VARGAS, 2004).

Wagner et al. (2005) relatam que, atualmente, observa-se um novo perfil na família, decorrentes de importantes fenômenos e movimentos sociais, como a entrada da mulher no mercado de trabalho e a sua maior participação na composição da renda familiar. Todavia, essas mudanças parecem não estar ocorrendo em todas as famílias com a mesma frequência e intensidade. Hoje em dia, observam-se modelos familiares que ainda seguem a tradicional divisão de papéis entre homens e mulheres, outros em que as tarefas são divididas entre estes e, também há famílias nas quais as mulheres são as principais mantenedoras financeiras do lar. Assim sendo, embora o papel de provedor tenha sido incorporado também pela mulher, muitas vezes, ela aumentou sua responsabilidade, acumulando os papéis de provedora e dona-de-casa.

De acordo com Badinter (1985) a mãe é uma figura relativa e tridimensional, pois apesar de concebida em relação ao pai e ao filho, é também uma mulher, dotada de aspirações próprias. Esta relação triangular não é apenas psicológica como também uma realidade social, sendo os papéis

de cada um, determinados em função das necessidades e dos valores dominantes da sociedade.

Cuidar é necessariamente relacional, regido pelo gênero, ou seja, considerando os papéis tradicionais de gênero em nossa sociedade subentende-se que os homens tenham “cuidado com” e as mulheres “cuidem de”. O “cuidado com” refere-se a objetos menos concretos; caracterizando um compromisso mais generalizado, enquanto o “cuidar de” refere-se a um objeto específico, que é o foco da atenção. O “cuidar de” adquire significado moral, não pela atividade propriamente dita, mas pela repercussão desta nas obrigações sociais atribuídas a quem cuida e sobre quem faz essa atribuição (TRONTO, 1997).

As dimensões morais de cuidar dos outros estão intimamente associadas às mulheres, especialmente no que se refere ao cuidado com o filho (Nakano, 2003). Segundo Collière (1989), por milhares de anos, a prática de cuidados esteve ligada às atividades da mulher, pois é ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de todos os aspectos da vida cotidiana.

Neste contexto, considerando as funções da mulher e o estabelecimento das práticas alimentares familiares, o papel de mãe e de cuidadora merece destaque, conforme assinala Pelto (1989):

O conceito de cuidado maternal tem merecido atenção... como uma intervenção primária ou fator associado à nutrição [...] entre os componentes do cuidar que se associam diretamente com a nutrição pode-se encontrar a seleção de alimentos, as práticas de preparo, as quais afetam a segurança alimentar, a densidade energética, as práticas alimentares, o controle das doenças e uma variedade de ações psicológicas que influenciam as respostas endócrinas e outras funções fisiológicas da criança (PELTO, 1989, p. 729, tradução nossa).

A mãe, que usualmente é quem cuida da criança (direta ou indiretamente), desempenha papel fundamental na composição da alimentação do bebê e nos seus hábitos alimentares, pois é ela quem decidirá quais alimentos serão oferecidos, a forma de preparo, quantidade, horários, combinações. Estas escolhas não ocorrem ao acaso. São oriundas das experiências de vida, ensinamentos repassados, ao longo das gerações, influência da televisão, orientações dos serviços de saúde; enfim, do processo de socialização, que implica na construção de um sistema pessoal de crenças.

Assim, considerando os aspectos que envolvem a participação do contexto familiar, na alimentação infantil, destaca-se o valor primordial dos pais e cuidadores, enquanto principais referências, para a formação e consolidação das práticas alimentares das crianças. Esta importância é evidenciada por vários estudos que apontam a família como norteadora no processo de tomada de decisões (ALVARADO et al., 2005; BIGOT-CHANTEPIE et al., 2005; GOMEL; ZAMORA, 2007; NAKANO et al., 2007).

No universo de relações sociais, a figura do profissional de saúde parece ter menor influência. De acordo Bigot-Chantepie et al. (2005) e Salve e Silva (2009), nem sempre as orientações técnicas são as principais responsáveis pelas condutas maternas, no que se refere à alimentação de seus filhos, visto que o ambiente social e o universo consensual das mães ainda representam os elementos centrais deste processo.

Nesta perspectiva, estudo realizado em Salvador (BA), sobre as condições de vida, saúde e nutrição na infância, revelou que o comportamento materno quanto à escolha do leite e o modo de preparo da fórmula láctea não é

influenciado pelas orientações dos profissionais de saúde, pois a grande maioria foi pautada na iniciativa própria da mãe ou na orientação de vizinhos ou parentes (ASSIS et al., 2000).

Em um estudo sobre as percepções, experiências e atitudes em relação ao aleitamento materno, com mulheres atendidas em unidades de saúde, no município de São Paulo, foram verificados problemas na orientação e apoio ao aleitamento materno, por parte dos profissionais de saúde, uma vez que as dificuldades vivenciadas pelas mães são dificilmente superadas e, quando isto ocorre, se deve mais ao empenho pessoal da mãe do que ao apoio institucional (BRASIL, B. G., 2006).

Barton (2001) e Twomey et al. (2000) avaliaram o papel dos profissionais de saúde, na promoção de práticas saudáveis de alimentação infantil, e enfatizaram a necessidade da atuação junto às mães e às avós para desencorajar a precoce introdução de alimentação complementar. Com relação ao papel de pessoas mais experientes, Barton (2001) ressalta que as avós representam, para as mães, importante e vital fonte de suporte sobre informações relacionadas à alimentação.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde potencializem a ação benéfica destes atores, especialmente as avós, e minimizem os possíveis riscos devido à falta de conhecimentos adequados, consonantes com as melhores evidências clínicas.

A atuação dos profissionais de saúde, na promoção de educação em saúde, deve ter por base uma abordagem mais efetiva, que propicie a interação com a comunidade.

Segundo Monte e Sá (1998), a conduta utilizada para a promoção da alimentação complementar pelos programas de saúde precisa ser aperfeiçoada com relação ao conteúdo, abordagem das mães, adequação cultural e viabilidade das recomendações.

Nesta perspectiva, autores (MENEZES et al., 2005; MINISTÉRIO..., 2002; MONTE; MUNIZ; DANTAS FILHO, 2001) destacam que é muito importante usar técnicas que favoreçam a promoção da autoestima e do bem-estar materno, tais como:

- **Perguntar e escutar:** ajuda a descobrir o que a mãe está fazendo por seu filho. Assim, aprenderá sobre os "porquês" e "como" da prática da mãe, ficará sabendo o que ela fez ou deixou de fazer corretamente, e como deve proceder, de forma efetiva, para ajudá-la a modificar algo que ainda não esteja conseguindo realizar de forma adequada.

- **Elogiar:** inclui descobrir e elogiar toda e qualquer ação positiva da mãe, para com a criança. Tal atitude encoraja a mãe a inovar e adotar alternativas, a fim de conseguir executar, com sucesso, a recomendação proposta.

- **Recomendar:** implica em falar com as mães de acordo com o entendimento delas. Usar linguagem simples e os termos comumente empregados, por ela, para repassar a informação de forma clara e direta. O uso de uma linguagem simples e informações pertinentes às necessidades referentes aos cuidados da criança, naquele momento, evita sobrecarregá-la com acúmulo de informações.

- **Evitar atitudes e palavras de julgamento ou crítica às mães:** crítica negativa e desaprovação diminuem a autoconfiança da mãe, dificultando a

adoção de uma nova prática de alimentação, mais favorável para a nutrição e saúde da sua criança.

- **Dar ajuda prática:** significa dar chance à mãe para expressar as suas dificuldades e dar exemplos práticos de como esses problemas podem ser solucionados. Se necessário, ajudar a mãe a fazer, até que possa fazê-lo sozinha.

Para Gusman (2005), é preciso que os profissionais de saúde reaprendam a ouvir as mulheres e entender que a lógica delas está baseada não somente nas experiências, como também nas compreensões e práticas oferecidas pela comunidade onde estão inseridas. Esta autora pesquisou os significados da amamentação, na perspectiva das mães, e observou a valorização do saber popular, muitas vezes, em detrimento do conhecimento científico, evidenciando uma visão diferente do que vem sendo apregoado nos discursos em prol da amamentação, tendo em vista os aspectos difíceis e desagradáveis vivenciados pelas mães, durante a amamentação:

A obrigação em amamentar e a cobrança de atitudes corretas e acertadas em relação ao filho, pela própria mulher [...] como mães, não podem falhar e a culpa construída no decorrer dos tempos e em diferentes sociedades aparece como um sentimento que emerge das inúmeras situações conflituosas por que passam as mulheres nesse período. Inicialmente as justificativas pela interrupção ou intercorrências da amamentação se amparam em construções culturalmente aceitas como "leite fraco", "pouco leite" ou "leite não sustenta" e somente após alguns encontros, algumas das mães acabaram assumindo suas reais dificuldades para manter o aleitamento materno, como o cansaço e as alterações corporais indesejadas (p.95).

Da mesma forma, na área da alimentação complementar da criança, no primeiro ano de vida, os significados, as percepções e as crenças das mães precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, visando possibilitar a

compreensão destas práticas e redirecionar a atuação dos profissionais, no futuro.

Com relação à atuação do nutricionista, Daniel e Cravo (2005) ressaltam que se deve evitar uma postura dominadora, onde o saber científico do profissional é o verdadeiro, e o paciente é rotulado de "ignorante ou rebelde". É preciso que o conhecimento seja construído, a partir do saber do outro. Ressaltamos que este procedimento deve ser inerente aos demais profissionais de saúde.

3.5 AS CRENÇAS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

Segundo Rokeach (1981), crenças são inferências que representam o que a pessoa verdadeiramente acredita sobre fenômenos e estados, em geral, e devem ser vistas como sendo aquilo que, para o sujeito, versa sobre o que é ou não verdadeiro, bom e belo com relação ao mundo que o cerca.

Pátaro (2006) complementa que a crença de um sujeito estabelece relações entre os objetos/pessoas/fenômenos do mundo que o cerca, ou entre estes e algum atributo. São tomadas como verdade, mesmo quando não comprovadas pela realidade objetiva, e influenciam a forma como o sujeito encara, lida, representa e interpreta o mundo.

As crenças necessariamente não se relacionam ao que o sujeito expressa e/ou fala, mas sim àquilo que ele realmente acredita internamente e que, por razões sociais ou pessoais, conscientes ou inconscientes, não pode

ser verbalizado. Desta forma, não podem ser diretamente observadas, mas sim inferidas a partir de tudo o que o sujeito não apenas diz, mas também faz, isto é, por meio de seu comportamento (ROKEACH, 1981).

Rokeach (1981) propõe um sistema de classificação de crenças, organizadas numa dimensão periférico-central, fundamentado nas suposições de que nem todas as crenças são igualmente importantes para o indivíduo, pois variam ao longo desta dimensão; quanto mais central, mais resistente à mudança e; quanto mais central for à crença modificada, tanto mais difundidas as repercussões, no resto do sistema de crenças.

O autor compara o sistema de crenças com a organização arquitetônica de um átomo, onde as partículas do núcleo estão localizadas numa estrutura estável que contém grande quantidade de energia, e se ocorrer uma desintegração esta energia será liberada, e modificará a estrutura do núcleo e de todo o átomo. Nesta analogia, as crenças mais centrais são as possuem maior “força” e influência, no comportamento.

Esta classificação estabelece cinco categorias de crenças:

1. Tipo A – Crenças primitivas – consenso 100%: crenças desenvolvidas a partir do encontro direto da pessoa com o objeto da crença e reforçadas por um consenso social, unânime, entre a pessoa e seus pares. São psicologicamente incontrovertíveis², sendo o seu questionamento raro. Portanto, têm um caráter axiomático e são tomadas como certas. Estas crenças ocupam a posição mais central do sistema

² Incontestáveis, que não estão sujeitas a polêmicas, dúvidas, controvérsias ou discussões.

de crenças e representam suas “verdades básicas” quanto à realidade física, social e do eu - “eu acredito que isto é uma mesa”, “eu acredito que esta é minha mãe”, “eu acredito que meu nome é...”

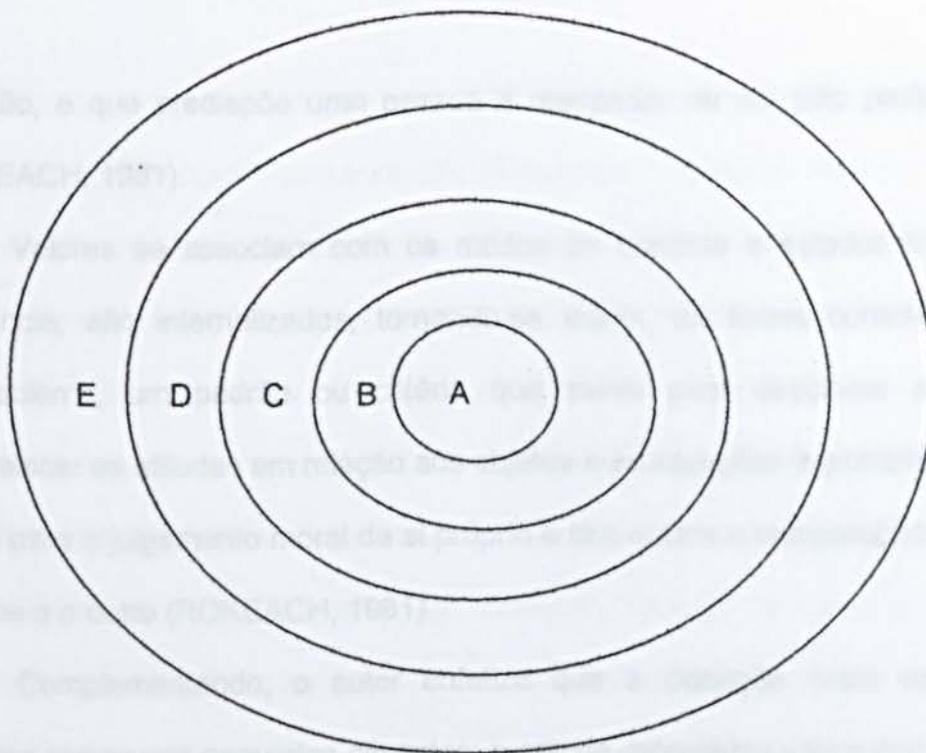
2. Tipo B – Crenças primitivas – consenso zero: trata-se também de crenças incontrovertíveis, que envolvem diretamente a existência e a autoidentidade, sendo aprendida pelo encontro direto com o objeto. Contudo, são particulares, envolvendo percepções pessoais subjetivas sem depender do consenso unânime. Assim sendo, são questionáveis para outras pessoas, porém não o são para àquela que a possui - “Não importa em que os outros acreditam, eu acredito em Deus.”

3. Tipo C – Crenças de autoridade: não são primitivas e servem para ajudar as pessoas a completarem o quadro de mundo, o mais realística e racionalmente possíveis. São importantes e geralmente resistentes a mudanças, todavia, são mais fáceis de serem alteradas que as crenças dos tipos A e B. As autoridades específicas, que são de confiança para as informações, diferem de pessoa para pessoa, dependem de experiências de aprendizagem dentro do contexto da estrutura social – família, grupos étnicos, grupos políticos e religiosos. São controvertíveis, porque se aprendeu com algumas pessoas e são compartilhadas com grupos de referência. Inicialmente, somente os pais são tidos como referências, mas conforme a criança cresce, o universo de pessoas e grupos de referências positiva e negativa ampliam-se por meio do encontro direto, como exemplo: professores, pares.



4. Tipo D – Crenças derivadas: constituem um tipo de crença na qual as pessoas que a adotam o fazem por acreditar em uma determinada pessoa ou grupo, sendo que atribuem aos mesmos, autoridade suficiente para levá-las a aceitar sua opinião ou sugestão e incorporá-las ao seu sistema de valores. Acreditar na credibilidade de uma autoridade específica implica na aceitação de outras crenças provindas, de tal autoridade. São controvertíveis pelas mesmas razões que as do Tipo C o são: as crenças ideológicas, originadas das instituições religiosas ou políticas, isto é, oriundas de fontes em que confiamos e identificamos, mas não confiáveis para outros grupos de pessoas.

5. Tipo E – Crenças inconsequentes: representam questões de gosto, mais ou menos arbitrárias. São incontrovertíveis, pois se originam da experiência direta com o objeto de crença, e sua manutenção não requer necessariamente um consenso social. Se mudadas, trazem pouca ou nenhuma implicação ou consequência para a manutenção de outras crenças que envolvem a auto-identidade.



Legenda:
 A - Crenças primitivas de consenso 100%
 B - Crenças primitivas de consenso zero
 C - Crenças de autoridade
 D - Crenças derivadas
 E - Crenças inconsequentes

Figura1. Representação do Modelo de Crenças de Milton Rokeach.

Rokeach (1981) considera que as crenças, atitudes e valores estão organizados juntos, formando um sistema cognitivo funcionalmente integrado. Se ocorrer uma mudança em qualquer parte do sistema afetará outras e culminará em mudança comportamental.

Para melhor entendimento, deste processo, é importante compreendermos e distinguirmos os conceitos de atitude, valores e comportamento.

Atitude é uma organização de crenças inter-relacionadas, relativamente duradouras, que descreve, avalia e defende a ação acerca de um objeto ou

situação, e que predispõe uma pessoa a responder de um jeito preferencial (ROKEACH, 1981).

Valores se associam com os modos de conduta e estados finais da existência; são internalizados, tornando-se assim, de forma consciente ou inconsciente, um padrão ou critério que serve para direcionar a ação, estabelecer as atitudes em relação aos objetos e às situações importantes, bem como para o julgamento moral de si próprio e dos outros e comparação entre a pessoa e o outro (ROKEACH, 1981).

Complementando, o autor enfatiza que a distinção entre valores e atitudes ocorre nos seguintes aspectos: a atitude representa várias crenças e o valor é uma única crença, além disso, o valor é um imperativo para a ação e se constitui em um padrão que serve como guia para: ações, atitudes, comparações, avaliações e justificativas do eu e dos outros.

Tamayo et al. (2001) destacam que a organização hierárquica de valores pressupõe que o indivíduo tenha um sistema de preferências, estabelecendo aquilo que é primordial e o que é secundário. Os valores, todavia, direcionam as atitudes.

Na organização de atitude cada crença é concebida por três elementos: o cognitivo, representando o conhecimento de uma pessoa sobre o que é verdadeiro ou falso, bom ou ruim, e que apresenta variação quanto ao grau de convicção; o afetivo, visto que a crença é capaz de provocar afeto de intensidade variada, levando a uma posição positiva ou negativa quando se questiona sua validade, e o comportamental, pois a crença deve desencadear uma ação quando adequadamente ativada (ROKEACH, 1981).

Desta forma, a mudança de atitude representa uma predisposição para se alterar a organização/estrutura das crenças ou o conteúdo de uma ou mais crenças presentes na organização da atitude (ROKEACH, 1981).

Ainda, segundo Rokeach (1981), uma condição mínima para o comportamento social é a ativação de, pelo menos, duas atitudes que se interagem – uma em relação ao objeto e outra para com a situação. Deste modo, o comportamento é fruto de uma rede de valores interdependentes.

Estas definições, acerca de crenças, atitudes e comportamentos, sugerem que o contexto social é um importante determinante para o sistema de crenças das pessoas. Assim, concordamos com Pátaro (2006) quando enfatiza que o fundamento de uma crença é sempre o meio cultural e social, logo, não podemos falar em crenças e sistemas de crenças sem levar em conta o meio social e a cultura dos indivíduos.

De acordo com Vaucher e Durman (2005) o sistema de crenças de uma pessoa, sua visão de mundo podem ter efeitos positivos ou negativos sobre sua saúde, por desempenhar um papel vital, determinando se uma informação será significativa para o indivíduo e para as pessoas de seu contexto social, pois segundo Arreguy-Sena, Henriques e Stuchi (2003, p.81): “as crenças são um dos componentes socioculturais que podem explicar comportamentos de pessoas para adesão ou não a condutas de promoção da saúde e interferir neles.”

Buscando melhor compreensão do sistema de crenças para a saúde, estudos têm sido realizados, empregando-se o modelo teórico proposto por Rokeach (1981).

Stuchi e Carvalho (2003) investigaram as crenças para pessoas com risco de doenças coronarianas e observaram que a maioria das crenças relacionadas a comportamentos de não-adesão situaram-se na dimensão central do sistema de crenças. Este resultado representa elemento desafiador para os profissionais da saúde, haja vista que as crenças influenciam na atitude frente à adoção de práticas que promovam a sua própria saúde, como também o fato de estarem ligadas às experiências do eu, nem sempre dependendo de um consenso externo, tomando-se muito mais difícil alterar determinados comportamentos. As autoras ressaltam ainda, que as crenças são fatores imprescindíveis que precisam ser considerados nos programas educativos, no intuito de maximizar o processo de desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

As crenças de mulheres a respeito da escolha de métodos contraceptivos foram estudadas por Arreguy-Sena, Henriques e Stuchi (2003). Os resultados sugerem que a inclusão das crenças, nas discussões das alternativas de concepção e contracepção, com parceiros sexuais são pontos estratégicos para o planejamento dos programas educativos, e que devem ser consideradas para obtenção de comportamentos ajustados e de promoção de saúde.

Reis (2006) estudou as crenças de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 e de médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) no intuito de compreender a adesão ao tratamento. Ao comparar as crenças referidas pelos dois grupos observou que algumas são coincidentes e outras divergentes. Destacou a importância do diálogo entre o profissional e o paciente, pautado no

conhecimento das crenças para que os profissionais de saúde possam despertar a “consciência” do diabético, levando-os a uma reflexão sobre a doença e sua interação com o estilo de vida, hábito alimentar, atividade física, uso do medicamento, estimulando sua participação como co-responsável pelo seu tratamento.

Resultados semelhantes foram descritos por Pontieri e Bachion (2009) quanto às crenças de pacientes diabéticos sobre a terapia nutricional e sua influência, na adesão ao tratamento. O conjunto das crenças identificadas, predominantemente de localização central, pode indicar que a baixa adesão ao tratamento seja, em parte, decorrente da falta de sucesso no tratamento, provavelmente por não estarem sendo abordadas de maneira adequada no processo de atendimento em saúde. As autoras destacam que a terapia nutricional está, de certa forma, massificada e os profissionais presos a conceitos e valores tradicionais, onde os pacientes recebem as prescrições de forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberiam a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento.

A alimentação, enquanto um dos componentes da saúde, também encontra-se permeada por crenças e tabus que interferem nos comportamentos alimentares.

Segundo o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2002, p.80): “entende-se por crença a opinião adotada com fé e convicção, e por tabu a proibição convencional imposta por tradição ou costume a certos atos, modo de se alimentar, de se vestir etc.”

No que tange à alimentação infantil brasileira, observa-se que alimentos regionais de alto valor nutritivo, disponíveis e utilizados na alimentação da família não são dados às crianças no primeiro ano de vida, em decorrência de crenças e tabus, tais como: os alimentos serem reimosos, frios, quentes, fortes/fracos, permitidos/proibidos em uma etapa de desenvolvimento da criança. Assim, alimentos que são importantes fontes de vitaminas e minerais, são pouco utilizados na alimentação da criança pequena, apesar de estarem disponíveis, no contexto familiar (BRASIL, 2002).

Desta forma, ressaltamos a importância desta questão ser amplamente trabalhada e discutida com a família, partindo-se do princípio de que crenças e tabus não se desfazem facilmente, por estarem arraigados à cultura (BRASIL, 2002).

Destacamos também que, nem o avanço científico na área de Alimentação e Nutrição, e tampouco a elaboração de guias alimentares para crianças menores de dois anos, isolados das questões culturais e sociais atreladas ao significado do alimento, têm sido apropriados para promover mudanças, nas práticas alimentares maternas. Tal fato sugere que este assunto, provavelmente pela forma como vem sendo abordado, não atinja as crenças e, conseqüentemente, não seja possível uma mudança comportamental. Nesse sentido, para implementar ações que busquem a melhoria da alimentação complementar da criança, no primeiro ano de vida, os significados, as percepções e as crenças das mães precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, como o objetivo de facilitar a compreensão destas práticas.

3.6 PRESSUPOSTOS

A alimentação infantil adequada tem sido bastante enfatizada pelos órgãos de saúde, especialmente no que se refere à promoção do aleitamento materno. Entretanto, acreditamos que para o sucesso da alimentação infantil, também é necessária atenção especial a alimentação complementar. Esta etapa é fundamental para a nutrição e saúde da criança, pois representa o início das experiências sensoriais e da formação dos hábitos alimentares.

Neste sentido, temos como pressupostos que:

- as mães desempenham papel fundamental no processo de introdução da alimentação complementar, sendo influenciadas pela família, especialmente as avós, e muito pouco pelos profissionais;

- as práticas em saúde são influenciadas pelas crenças, que acabam determinando a época de introdução dos novos alimentos, a seleção, a consistência e os cuidados no preparo e armazenamento dos mesmos;

- as práticas adotadas pelas mães, na alimentação complementar das crianças no primeiro ano de vida, não são condizentes com os passos 1, 2, 3, 8 e 9 do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos;

- a introdução da alimentação complementar ocorre em idade inoportuna, sendo a água e o chá os alimentos introduzidos mais precocemente, tendo por fundamentos crenças populares como: “o chá é bom para a cólica”, “acalma a criança”, “ajuda a dormir” e “a criança tem sede”;

- a amamentação é interrompida antes dos doze meses, devido à crença materna de que não é possível conciliar o trabalho fora do domicílio com o aleitamento;

- as mamadeiras, chucas e bicos não são submetidos a processos de desinfecção corretos, que garantam a eficiência dos mesmos, embora as mães tenham a crença de que fazem este procedimento de forma adequada;

- as mães não adotam cuidados especiais de higiene no preparo dos alimentos, pela crença de que não há risco de contaminação alimentar.

Acreditamos que a identificação de crenças relacionadas à alimentação complementar pode contribuir para elucidar alguns aspectos que influenciam a alimentação da criança, no primeiro ano de vida.

Sendo assim, espera-se que este estudo seja útil para subsidiar o planejamento de ações de educação em saúde, com vistas à alimentação saudável, além de contribuir para a formação de recursos humanos em saúde, incluindo os agentes comunitários e suscitar ampla discussão sobre as condutas que têm sido adotadas, pelos profissionais, no atendimento em saúde, na área da alimentação infantil.

Ressalta-se ainda, que esta pesquisa auxilie na identificação de diretrizes para estudos futuros na área.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS

Este trabalho é uma pesquisa descritiva e exploratória, que utilizou abordagem qualitativa, buscando compreender a forma como as crenças pessoais influenciam no comportamento materno relativo à alimentação complementar.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição de determinada população ou fenômeno, e a exploratória, o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

Polit, Beck e Hungler (2004a) enfatizam que as pesquisas qualitativas, apesar de apresentar como foco central a compreensão dos significados das ações sociais, possuem alicerces em diversas bases disciplinares, metodológicas e paradigmáticas.

Assim, acreditamos que a abordagem qualitativa, que “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2007a, p.21).

Deste modo, considerando o objeto de estudo – práticas e crenças maternas sobre a alimentação complementar – elegemos uma abordagem qualitativa, por acreditarmos que seja mais adequada à nossa proposição.

Conforme expõe Matheus (2006, p.20): “os produtos das pesquisas qualitativas facilitam a compreensão do mundo e permitem vislumbrar ações mais eficazes, já que leva em conta a particularidade dos sujeitos.”

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado numa região da cidade de Goiânia, capital do Estado de Goiás, localizada na Região Centro-Oeste, a cerca de 200 km de Brasília (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2009).

A construção de Goiânia foi planejada, em meados de 1930, e sua fundação data de 24 de outubro de 1933, por Pedro Ludovico Teixeira. Atualmente, conta com uma área de 739 km² e 1.244.645 habitantes (IBGE, 2007). Encontra-se em fase de grande desenvolvimento, e representa um polo de referência em saúde para as cidades do interior do estado, assim como para os estados vizinhos.

No entanto, a cidade teve um crescimento desordenado, e atualmente apresenta desigualdade territorial e social acentuada, com nítida separação entre os espaços privilegiados (região central) e a periferia (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2005).

A zona urbana de Goiânia compreende doze grandes regiões, onde se localizam os Distritos Sanitários, que compõem a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Na época da realização do trabalho de campo, em meados de 2008, existiam nove distritos: Distritos Sanitários Sul/Sudeste, Sudoeste, Oeste,

Norte, Noroeste, Mendanha, Leste, Central, Meia Ponte (GOIÂNIA, 2006). A partir do final de 2008, houve modificação na SMS e os distritos foram reorganizados em sete: Distrito Sanitário Sul, Sudoeste, Oeste, Norte, Noroeste, Campinas-Centro, Leste.

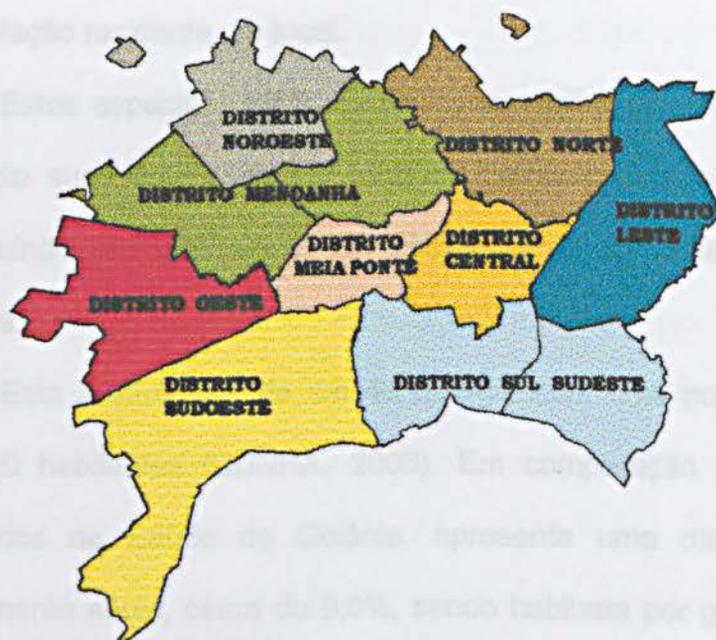


Figura 2. Mapa dos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde - Goiânia, 2008

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

Como cenário de estudo, elegemos a Região Noroeste de Goiânia, que se situa aproximadamente a 18 km do centro de Goiânia e cuja origem remonta à ocupação clandestina e irregular dos setores: Finsocial, Vila Mutirão, Jardim Curitiba, Jardim Primavera e Estrela Dalva. De acordo com a divisão geográfica da SMS, esta região compõe o Distrito Sanitário Noroeste. O acompanhamento das famílias é realizado por 46 equipes da ESF, distribuídas em 18 unidades de saúde (SOUSA et al., 2008).

Anteriormente estivemos inseridas neste cenário por cerca de doze meses, para o desenvolvimento de uma pesquisa sobre os fatores determinantes para a duração do aleitamento materno, o que nos possibilitou maior conhecimento sobre a região em pauta, bem como integração com a MNC e o convívio com os profissionais de saúde, daquela área, e o vínculo com a população residente, no local.

Estes aspectos, aliados ao fato da região ter sido a pioneira na ESF, iniciando suas atividades em 1988, e contar com cobertura de 100%³, se constituindo em uma referência para a SMS de Goiânia, pautaram nossa escolha.

Esta área é dividida em 46 bairros, com uma população estimada de 110.000 habitantes (CUNHA, 2006). Em comparação aos demais Distritos Sanitários de Saúde de Goiânia, apresenta uma das maiores taxas de crescimento anual, cerca de 9,0%, sendo habitada por grande contingente de baixo poder aquisitivo. Quanto à população, 85% dos moradores são migrantes, concentrados nas áreas originalmente irregulares; 92% possuem baixa renda e atuam em mercado informal (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2005).

Há na região, propriamente no Bairro Jardim Curitiba, a Maternidade Nascer Cidadão, hospital público, ligado à SMS e designado como Hospital Amigo da Criança, onde é atendida a maioria das gestantes moradoras, da região.

³ Atualmente, devido à reorganização dos Distritos Sanitários não possui 100% de cobertura da ESF, mas ainda apresenta a maior cobertura dentre os distritos sanitários de Goiânia.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada, em 1990, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância, sendo o Brasil um dos primeiros países que incluíram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança em sua prática governamental de proteção e apoio ao aleitamento (FUNDO..., 2008).

É importante destacar o credenciamento desta maternidade na IHAC. O reconhecimento deste título, a tornou-a referência em amamentação para seu município, região e estado. Assim, a MNC adota práticas facilitadoras da amamentação, onde as mães são orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação, desde o pré-natal até o puerpério, aumentando consequentemente os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado, e reduzindo a morbimortalidade materna e infantil (FUNDO..., 2008).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Este estudo foi realizado com quinze mães residentes na Região Noroeste, que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- ter filhos na faixa etária compreendida entre seis e doze meses,
- ter realizado o parto na Maternidade Nascer Cidadão,
- ser cadastrada em uma das equipes da ESF da Região Noroeste.

Elegemos como critérios de inclusão: o parto ter sido realizado na MNC e o cadastro em equipe da ESF, pois, conforme exposto anteriormente, os hospitais que recebem o título "Hospital Amigo da Criança" pressupõem atendimento diferenciado, com ênfase no aleitamento materno e, por



consequente, na alimentação infantil adequada. Quanto ao credenciamento na ESF, acreditamos que também represente uma especificidade a ser considerada na formulação do sistema de crenças maternas, em decorrência do contato e maior aproximação dos profissionais de saúde, com a população.

Quanto ao número de participantes, ressaltamos que por se tratar de um estudo qualitativo, onde a análise dos dados é praticamente concomitante ao processo de coleta de dados, as entrevistas foram encerradas, quando percebemos a saturação de dados, isto é, deixaram de serem introduzidas novas informações (GASKELL, 2002; MARCUS; LIEHR, 2001; MINAYO, 2007b; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004b).

Assim sendo, a definição da amostra de nossa pesquisa, conforme ressalta Minayo (2007b), foi realizada considerando que, na pesquisa qualitativa, o critério de amostragem não é numérico, sendo a amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Logo, não buscamos a generalização dos conceitos encontrados, mas o aprofundamento no universo compreendido, neste estudo, tanto é que, as entrevistas realizadas apresentaram caráter de representatividade, por ocorrerem reincidências de informações e revelaram a realidade dos atores sociais que vivenciam o fenômeno, em estudo.

De acordo com Minayo (2007b), na pesquisa qualitativa, a seleção dos participantes se fundamenta no “aprofundamento, na abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação” (p.196-197). Assim,

os informantes devem ser diversificados possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças.

Para tanto, foram selecionadas mães que apresentassem diversidades quanto à idade, paridade, renda, escolaridade, raça autorreferida, estado civil, ajuda de outra pessoa para cuidar da(s) criança(s), tipo de trabalho, micro área de residência e faixa etária do filho menor de um ano.

Polit, Beck e Hungler (2004b, p.236) ressaltam que o pesquisador em um trabalho de abordagem qualitativa geralmente procura os participantes de forma proposital, “com base nas necessidades de informação que emergem dos resultados preliminares.”

Deste modo, a seleção dos participantes ocorreu conforme as ACSs localizavam as mães que atendessem os critérios estabelecidos e que apresentassem características sociodemográficas que contemplassem a diversidade pretendida pela pesquisadora.

4.4 COLETA DE DADOS

Após a autorização do Secretário Municipal de Saúde (ANEXO 1), para a realização da pesquisa, e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFG (protocolo nº 030/2007) (ANEXO 2) foi realizado contato com a Coordenação do Distrito Sanitário Noroeste que nos encaminhou para as unidades que apresentavam melhores estruturas das equipes e do serviço, no aspecto de organização de informações, acerca da comunidade atendida. Em seguida, realizamos uma visita a esses serviços para esclarecermos o objetivo da pesquisa, e solicitar

aos responsáveis pelas equipes e aos ACSs que procurassem identificar mães que atendessem os critérios de inclusão e as convidassem a participarem do estudo.

Enfatizamos a importância do contato prévio com estes serviços, pois a entrada do pesquisador no campo de estudo é o primeiro ponto para o sucesso da pesquisa, e dependendo do seu comportamento haverá consequências positivas e negativas que, certamente, repercutirão no desenvolvimento do trabalho.

Conforme destaca Deslandes (2005, p. 166), a primeira etapa consiste nos “contatos e negociações com autoridades, chefias e gestores para a autorização e operacionalização do estudo. Contudo [...] é fundamental construir a aceitação do pesquisador e de seu estudo junto aos vários atores locais.” Por isso, valorizamos o apoio dos ACSs, por serem moradores da região e conviverem cotidianamente neste contexto social, constituindo-se, portanto, em atores locais que podem representar lideranças informais para a comunidade.

Assim, o contato com as mães se deu por intermédio dos ACSs das equipes da ESF, que, na maioria das vezes, nos acompanhavam na primeira visita à família e após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) se retiravam, deixando-nos a sós com a participante para que a sua presença não interferisse no depoimento da mãe. Nos casos em que os ACSs não tinham disponibilidade para nos acompanhar, faziam contato prévio com as possíveis participantes e agendavam a visita para que pudéssemos apresentar o convite para inclusão no estudo.

Para a realização da entrevista foi estabelecido um roteiro semiestruturado, contendo questões norteadoras sobre: a introdução de alimentos complementares, modo de preparo, contexto de oferecimento da alimentação, pessoas que influenciam na alimentação do bebê (APÊNDICE B).

A opção pela entrevista semiestruturada teve por finalidade: a sua condução de modo coerente e o estabelecimento de uma relação de confiança entre o pesquisador e as participantes, bem como a possibilidade de novas descobertas, sem que se perdesse o foco das questões previamente estabelecidas (SOUZA et al., 2005). A entrevista semiestruturada apresenta a característica de um diálogo, que permite o pesquisador encorajar os sujeitos a falarem livremente sob os tópicos constantes do roteiro (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004c) e, quando necessário, obter esclarecimentos em pontos importantes, com intervenções apropriadas (GASKELL, 2002).

O roteiro incluiu também um conjunto de itens relativo à caracterização sociodemográfica das participantes, tais como: a idade da mãe, escolaridade, procedência, estado civil, renda familiar, renda *per capita*, trabalho, ajuda de outras pessoas para cuidar do filho e número de filhos com as respectivas idades (APÊNDICE C).

Para que a pesquisadora aprimorasse a técnica de entrevistas foi realizado um preparo prévio, tendo como referência a proposta de Bachion et al. (1998). Este treinamento foi muito importante, pois nos estudos qualitativos, o investigador é o instrumento de coleta de dados e sua experiência confere credibilidade aos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004d) e também possibilitou os ajustes necessários, no roteiro da entrevista.

Gaskell (2002) e Souza et al. (2005) ressaltam que o pré-teste contribui para o aprimoramento do roteiro. Geralmente, implica na modificação da lista dos temas e da forma como será abordado o assunto, sendo identificada a necessidade de dar explicações mais claras, aos entrevistados, sobre os itens que compõem o roteiro de entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas nas residências das entrevistadas, com exceção de uma (M14), porque a mãe era ACS e para sua conveniência o encontro ocorreu na unidade de saúde, onde trabalhava.

Além das entrevistas, foi realizada também a observação participante, atividade que, segundo Minayo (2007c) é fundamental na pesquisa qualitativa. Para tanto, foi elaborado um diário de campo, contendo anotações feitas, logo após o encontro com as mães, a fim de recompor, de modo fidedigno, o contexto em que se deram as conversas com as mães, bem como as nossas "impressões", naquele momento.

Em seguida, os depoimentos maternos foram transcritos. Dias depois, foram agendadas novas visitas aos domicílios das participantes, para a leitura da transcrição, e o esclarecimento de algum tópico relatado ou que deixara de ser abordado, na entrevista.

Lincoln e Guba (1985) enfatizam que a verificação dos participantes pode ser realizada informalmente, à medida que os dados são coletados, visando aumentar a produção de dados e interpretações, com credibilidade.

Destacamos que, a estratégia informal de verificação adotada, neste trabalho, permitiu maior aproximação com as entrevistadas que, neste segundo encontro acrescentaram informações importantes para o conjunto dos dados.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2008. Todas moravam na Região Noroeste de Goiânia, e deram a luz na MNC. O TCLE foi assinado por todas. Apenas uma das participantes era menor de idade, então foi colhida a assinatura do responsável, no caso sua mãe.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Conselho Diretor da Faculdade de Nutrição, Secretaria Municipal de Saúde e Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás.

Na abordagem inicial, todas as participantes foram devidamente informadas sobre a natureza e os procedimentos a serem realizados, e assinaram a Declaração de Consentimento de Participação na Pesquisa (APÊNDICE A) ao concordarem em participar do estudo. Para preservação das identidades das participantes, foi utilizada na apresentação dos resultados a letra M, de mãe, e, um número que codifica cada participante.

4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos dados compreendeu duas etapas. Inicialmente, foram analisados, segundo a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2008) e após o estabelecimento das categorias temáticas procedeu-se a discussão das crenças, mediante utilização do Modelo de Rokeach (1981).

As falas transcritas foram submetidas à análise de conteúdo (BARDIN, 2008), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações em que o objeto de estudo é a palavra, isto é, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem, sendo considerados seus significados (conteúdos). A técnica aplicada visa conhecer o que está por trás das palavras, ou seja, busca outras realidades por meio das mensagens expressas pelas palavras.

Ressalta-se que, dentre as técnicas da análise de conteúdo, a análise por categorias é a mais antiga, e, na prática a mais empregada, sendo, portanto, adotada neste trabalho. Apresenta várias possibilidades de categorização, de forma que, escolhemos a investigação dos temas ou análise temática, que consiste na contagem dos temas ou itens de significação, que, agrupados de acordo com o sentido, dão origem às categorias temáticas (BARDIN, 2008).

Essa categorização tem como objetivo: fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. É uma etapa de classificação de elementos integrantes de um conjunto, por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero, conforme os critérios, previamente, definidos (BARDIN, 2008).

Segundo Bardin (2008) as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registros) sob um título genérico, e devem ser: homogêneas, pois um único princípio de classificação deve orientar a sua organização; exaustivas, o que implica em esgotar a totalidade do texto; exclusivas, ou seja, cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; objetivas, isto é, codificadores distintos devem chegar aos mesmos resultados;

adequada ou pertinente que determina que uma categoria deva estar adaptada ao conteúdo e ao objetivo.

O processo de análise das falas requereu leitura exaustiva das entrevistas, atendo-se minuciosamente a cada detalhe dos depoimentos das mães, no intuito de compreender os significados expressos e estabelecer categorias temáticas que agrupassem as percepções, contidas nas referidas falas.

A análise das falas foi realizada, a partir dos seguintes procedimentos:

- Pré-análise - corresponde a fase de organização dos dados (entrevistas), e inclui a leitura flutuante, onde se estabelece contato com os dados, conhece-se o texto, deixando-se impregnar pelo conteúdo do material; escolha dos documentos (trechos), selecionando-se os que têm relação com os objetivos do trabalho; formulação da hipótese e dos objetivos; referenciação dos índices e a elaboração de indicadores (temas e idéias centrais identificadas), e preparação do material (eliminação de expressões de vícios de linguagem, retirada de trechos de falas de introdução do pesquisador, despedidas etc.).
- Exploração do material de um *corpus* de análise - consiste em operações de codificação e enumeração do material.
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – etapa que consiste em dar aos dados significados, para que o pesquisador possa propor inferências, com base nos objetivos propostos ou em outras descobertas inesperadas. Em seguida, deve ser feita uma interpretação, de acordo com

os referenciais teóricos e pragmáticos, a qual pode fornecer orientações para uma nova análise.

As anotações do diário de campo foram importantes, para a análise dos dados, por acrescentarem elementos que permitiram melhor compreensão do universo em que estas mulheres estão inseridas.

Na segunda etapa, foi realizada a análise das crenças, mediante utilização do Modelo de Rokeach (1981) que as classifica em cinco categorias, como já foi descrito anteriormente:

- Tipo A ou crenças primitivas de consenso 100%: são as mais centrais e que se caracterizam por serem aprendidas pelo encontro direto com o objeto da crença, isto é, não derivam de outras crenças, além de serem reforçadas por um consenso social unânime, entre todas as referências de pessoas e grupos.
- Tipo B ou crenças primitivas de consenso zero: são incontrovertíveis e envolvem diretamente a existência e a autoidentidade, porém a sua manutenção independe do fato de ser compartilhada com outros, pois não há referências de pessoas ou grupos "fora do eu" que poderiam discutir tal crença. Logo, são impenetráveis pela persuasão ou argumento dos outros.
- Tipo C ou crenças de autoridade: crenças não-primitivas, desenvolvidas fora das crenças do Tipo A, porém num relacionamento funcional com elas. Embora relevantes e geralmente resistentes, são de menor importância e mais fáceis de mudar do que as dos Tipos A e B.
- Tipo D ou crenças derivadas: são crenças ideológicas, originárias das instituições religiosas ou políticas e derivadas de segunda mão, do processo

de identificação com a autoridade mais do que com o encontro direto com o objeto de crença.

- Tipo E ou crenças inconsequentes: são aquelas que representam questões de gosto. São consideradas inconsequentes, porque praticamente não têm ligação com outras crenças. Se mudadas, trazem pouca ou nenhuma implicação ou consequência para a manutenção de outras que envolvem a autoestima.

2.1. PERFIL SOCIOGRÁFICO DOS ATORES SOCIAIS

Participaram deste estudo quinze mães, moradoras da Região Nordeste de Brasília, Brasil, com idade no momento de 30 a 40 anos e que dizem falar em casa em português brasileiro padrão. O estudo apresenta algumas características sociodemográficas das mães e respectivos filhos.

A idade das mães varia entre de 30 a 40 anos, o que mostra uma faixa de idade bastante ampla na população brasileira. As duas mães mais jovens, 30 e 32, eram casadas e uma estava grávida, 1ª e 2ª ano do 2º grau, respectivamente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, deste trabalho, são apresentados em duas partes. A primeira refere-se às características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa, por acreditarmos que a caracterização dos atores sociais se configura como estratégia facilitadora para a compreensão do contexto em que o grupo vive e melhor entendimento dos resultados. Na segunda parte, apresentamos as práticas e as crenças maternas sobre a alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida, apreendidas dos discursos das participantes, segundo os preceitos da abordagem qualitativa.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ATORES SOCIAIS

Participaram deste estudo quinze mães, moradoras da Região Noroeste de Goiânia, Goiás, com filhos na faixa etária de seis a doze meses e que deram aluz na MNC. O Quadro 1 apresenta algumas características sociodemográficas das mães e respectivos lactentes.

A idade das mulheres variou de 16 a 44 anos, o que mostra casos precoces de maternidade na população estudada. As duas mães adolescentes, M2 e M5, eram solteiras e ainda estavam estudando, 1º ano e 3º ano do 2º grau, respectivamente.

Quadro 1. Características sociodemográficas das mães e lactentes participantes do estudo sobre práticas e crenças maternas acerca da alimentação complementar de crianças de 6-12 meses de idade. Região Noroeste de Goiânia. Maio a julho de 2008.

Código	Idade (anos)	Renda per capita (SM)	Estado civil	Nº de filhos	Escolaridade (anos de estudo)	Procedência	Bairro em que vive	Trabalho remunerado	Recebe ajuda para realizar cuidados com o bebê	Sexo, idade e problemas de saúde do bebê, referidos pela mãe
M1	22	0,48	Casada	01	9	Correntina Bahia	Bairro Floresta	Não	Não	Feminino 9 meses Nenhum
M2	16	0,08 ²	Solteira	01	9	Goiânia Goiás	Jardim Primavera	Não	Sim	Feminino 6 meses Nenhum
M3	21	Sem renda	Casada	01	6	Niquelândia Goiás	Bairro Finsocial	Não	Não	Feminino 9 meses Nenhum
M4	25	0,69	Casada	02	9	Niquelândia Goiás	Bairro Floresta	Não	Sim	Masculino 8 meses Cardiopatia e refluxo
M5	19	0,40	Solteira	01	10	São Felix do Jalapão Tocantins	Jardim Primavera	Não	Não	Masculino 7 meses Nenhum
M6	25	0,33	Casada	01	11	Bom Jesus da Lapa Bahia	Bairro Floresta	Não	Não	Feminino 12 meses Nenhum
M7	27	0,33	Casada	02	11	Bom Jesus da Lapa Bahia	Bairro Floresta	Não	Não	Feminino 12 meses Nenhum
M8	44	0,21	Separada	10	04	Bom Jesus da Lapa Bahia	Jardim Primavera	Sim	Sim	Masculino 6 meses Cardiopatia

Quadro 1. (Cont.) Características sociodemográficas das mães e lactentes participantes do estudo sobre práticas e crenças maternas acerca da alimentação complementar de crianças de 6-12 meses de idade. Região Noroeste de Goiânia. Maio a julho de 2008.

Código	Idade (anos)	Renda per capita (SM)	Estado civil	Nº de filhos	Escolaridade (anos de estudo)	Procedência	Bairro em que vive	Trabalho remunerado	Recebe ajuda para realizar cuidados com o bebê	Sexo, idade e problemas de saúde do bebê, referidos pela mãe
M9	22	0,60	Casada	01	11	Uiarapuru Goiás	Vila Finsocial	Sim	Não	Masculino 6 meses Nenhum
M10	21	1,12	Casada	01	11	Aruanã Goiás	Vila Finsocial	Sim	Sim	Feminino 7 meses Nenhum
M11	27	0,48	Casada	04	7	Montalvânia Minas Gerais	Vila Finsocial	Sim	Não	Masculino 11 meses "Ganho de peso acentuado"
M12	31	0,07	Casada	04	1	Porangatu Goiás	Vila Finsocial	Sim	Não	Masculino 6 meses Nenhum
M13	25	0,6	Casada	01	11	Inhumas Goiás	Vila Finsocial	Sim	Não	Feminino 12 meses Nenhum
M14	25	1,0	Casada	01	11	Goiânia Goiás	Vila Mutirão	Sim	Sim	Feminino 6 meses Nasceu de baixo peso
M15	37	0,25	Casada	02	04	Itapuranga Goiás	Bairro São Carlos	Não	Não	Feminino 10 meses Nenhum

1 Apesar de relatar que o irmão também trabalha, a participante não soube informar o valor. Portanto, o cálculo foi baseado apenas no salário da mãe.

O fato de quase 70% das mães terem de 9 a 11 anos de estudo pode ser reflexo da melhoria do acesso à escola, que ocorreu ao longo dos anos.

De acordo com dados do IBGE, o panorama recente da educação mostrou avanços expressivos, principalmente nos últimos dez anos. O percentual de pessoas que não frequentavam a escola, nos grupos de idade escolar (5 ou 6 anos, 7 a 14 anos e 15 a 17 anos de idade), apresentou queda considerável de 1996 a 2006. Além disso, a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais caiu 4,3 %, e houve um aumento de 30,2% na média de anos de estudo das pessoas de 10 anos ou mais. Quanto ao avanço educacional, entre as gerações, nos grupos de idade mais avançada, de 50 a 59 anos e de 60 ou acima, as médias foram: 6,0 e 3,8, respectivamente, enquanto nos grupos de 18 ou 19, 20 a 24 e 25 a 29 anos, os indicadores foram de: 8,7, 9,1 e 8,7 anos de estudo, respectivamente (IBGE, 2006).

Com relação à procedência, a migração de outros estados é uma característica da população da Região Noroeste, já descrita no percurso metodológico.

Apenas uma participante, M2, morava com a sua mãe; outras três: M4, M10 e M12, residiam próximas de suas mães, pois as famílias dividiam o mesmo lote. A participante M7 também compartilhava o lote com a sogra, a M5 residia na casa da imã e a M3 morava num quarto, nos fundos da casa do sogro. Assim, a característica predominante é o fenômeno de agrupamento das famílias, em residências próximas, geograficamente.

A renda familiar apresentada (em torno de 1 salário mínimo) retrata as dificuldades enfrentadas por estas famílias. Duas mulheres referiram que os maridos estavam desempregados.

A análise histórica do salário mínimo, desde sua criação em 1940, até os dias atuais, revela que seu poder aquisitivo diminuiu de forma considerável, e equivale, atualmente, cerca de um terço daquele valor (DIEESE, 2004, 2005).

O valor da cesta básica em dezembro de 2008 era R\$209,43, o que correspondia a 50,46% do salário mínimo (R\$415,00), isto é, as famílias comprometiam a metade de um salário mínimo apenas com os gastos alimentícios (DIEESE, 2008).

No entanto, devemos considerar que o salário mínimo, de acordo com o preceito constitucional, foi concebido para suprir as necessidades básicas do trabalhador e sua família, o que inclui: moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, a fim preservar o poder aquisitivo, vedada sua vinculação para qualquer fim. Nesta perspectiva, a avaliação⁴ do Departamento Intersindical de Estudos Econômicos (DIEESE) quanto ao valor do salário mínimo nominal (salário mínimo vigente) e o valor do salário mínimo necessário, conforme estabelecido por lei, revelou que, em 2008, o salário mínimo deveria ser R\$ 2.141,08 (DIEESE, 2008).

⁴ A metodologia de cálculo considera em cada mês o maior valor da ração essencial das localidades pesquisadas. A família considerada é composta por dois adultos e duas crianças, sendo que estas consomem o equivalente a um adulto.

As condições socioeconômicas de mães moradoras, desta região, foram descritas por Sousa et al. (2008) em um estudo sobre a situação de aleitamento materno, no qual foi relatada a presença de mães com idade adulta, (cerca de 75%), casadas, (aproximadamente 80%), renda *per capita* igual ou inferior a um salário mínimo (em torno de 88%), e a maioria das mães não trabalhava fora do domicílio. Segundo as autoras, trata-se de uma população em situação de vulnerabilidade social, merecendo atenção diferenciada, por parte dos serviços de saúde.

Esta percepção foi corroborada por nossas observações em campo, além dos dados de caracterização social que dispomos.

As participantes possuíam filhos predominantemente do sexo feminino, (60%). A idade das crianças variou de seis a doze meses, sendo que a maior parte, cinco crianças (33,33%) estava com seis meses. As faixas etárias das demais foram: sete meses (duas crianças), oito meses (três crianças), nove meses (uma criança), dez meses (duas crianças) e doze meses (duas crianças).

As mães lidam com o desafio de alimentar crianças com e sem problemas de saúde conhecidos. Uma das crianças tem refluxo e é cardiopata, outra apresentou "problema no coração" e icterícia ao nascer, outra nasceu com baixo peso e um bebê apresenta "ganho de peso elevado", motivo pelo qual a mãe tem recebido orientação do pediatra para controlar sua alimentação, evitando alimentos muito calóricos.

Ressaltamos que, optamos pela permanência das mães que relataram problemas de saúde dos filhos, pois não havíamos estabelecido critério algum

de exclusão que estivesse relacionado às condições de saúde das crianças, e também por acreditamos que tais intercorrências não interferiram no cotidiano da alimentação complementar, visto que as entrevistas foram semelhantes às das outras mães.

5.2 PRÁTICAS E CRENÇAS MATERNAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Ao analisar as falas das mães, foram identificadas quatro categorias temáticas que perpassam o universo da alimentação complementar, as quais foram denominadas: "O cotidiano da alimentação complementar", "Sensibilidade da criança", "Contingências do cotidiano" e "Fontes de referência".

A categoria, "O cotidiano da alimentação complementar", emergiu a partir dos relatos que envolvem o processo de introdução da alimentação complementar. As vivências maternas retratam o processo de introdução da alimentação complementar, englobando tanto os alimentos que fazem parte da alimentação da criança, no cotidiano, quanto às estratégias utilizadas para garantir o sucesso, desta etapa.

A segunda categoria, "Sensibilidade da criança", revela os cuidados adotados pelas mães no preparo da alimentação complementar, considerando as particularidades da criança, que se apresenta em fase de desenvolvimento, e ainda é muito vulnerável. Estes cuidados decorrem do desejo materno de garantir que a criança cresça saudável, e referem-se ao uso moderado de

condimentos, à preocupação com uma consistência segura, à manutenção de uma rotina especial de preparo (horário e porção individualizada) e cuidados higiênicos necessários, para a garantia da segurança alimentar.

Na terceira categoria, "Contingências do cotidiano", foram apreendidas as adaptações necessárias, para conciliar a alimentação complementar ao contexto de vida familiar, ou seja, como as mães procedem diante da sobrecarga de afazeres domésticos e do acesso da família ao alimento.

A última categoria, "Fontes de referência", contempla as diversas fontes de informação e o processo de acomodação ou não, das mesmas, no sistema de crenças maternas, mediante um processo de julgamento em que as mães consideram também suas próprias percepções.

5.2.1 O cotidiano da alimentação complementar

Apreendemos das falas que a forma processual de introduzir a alimentação complementar é concebida como algo natural, que evolui de acordo com a idade da criança, e que as mães expressaram como: "agora ela já pode comer..."

A alimentação complementar é vista, então, como um processo gradual quanto à consistência, à idade de introdução e os alimentos que a compõem. Assume também o caráter de necessidade, pois somente o leite materno não é mais suficiente para alimentar a criança:

"[...] agora acho que já está na idade e acho que já pode comer. Com quase dez meses, estou achando que já está na hora de comer comida normal, sem ser uma sopinha, sem ser um caldinho." (M4)

"[...] foi devido à idade, porque até os seis meses era só o peito. Aí depois dos seis meses... porque o peito só não é suficiente, aí eu

comecei a introduzir outros alimentos... A comida, a sopinha. Primeiro a sopinha, agora que eu estou dando comida normal para ela... depois de oito meses, nove meses... por aí que eu comecei a dar comida [...] antes eu amassava e dava com uma colherzinha, eu rapava assim... agora não, eu dou a fruta para ela segurar na mão. [...] Aí ela foi crescendo... depois eu fui oferecendo outras coisas... biscoito... frutas... fui dando aos poucos, eu fui acrescentando." (M6)

"Uma papinha, bem molinha mesmo. Às vezes ficava um pouco durinha, mas ela já estava dando conta de mexer com as bochechas. Acho que até foi isso que melhorou bastante o desenvolvimento, porque tem criança que até com oito meses que só sabe engolir, tem que ser só caldinho. Ela não, ela mastiga mesmo [...] Ela come de tudo hoje." (M13)

"Comecei com batata... batatinha, aí, depois cenoura, aí, depois eu já misturei os dois. Aí abóbora! Aí, mais para frente também eu já comecei a colocar a carne..." (M14)

A compreensão materna de que a etapa de introdução de alimentos complementares é um processo, desde os primeiros alimentos até o consumo da alimentação cotidiana da família foi evidenciada por Rotenberg e De Vargas (2004).

Esta crença caracteriza-se como uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B), pois deriva das percepções maternas que emergem durante a fase da introdução da alimentação complementar. Também pode representar uma crença de autoridade (Tipo C) resultante das orientações médicas que preconizam que esse processo ocorra de forma lenta e gradual.

Rotenberg e De Vargas (2004) complementam, que tal fato reflete a dimensão temporal e o ritual de socialização das práticas alimentares, pois conforme a criança vai crescendo e se desenvolvendo, sua alimentação vai se modificando progressivamente, especialmente no que se refere à forma de preparação, tipos de alimentos utilizados e consistência da comida.

Segundo Poulain (2004), a dimensão de temporalidade alimentar apresenta ciclos temporais socialmente estabelecidos. Desta forma, a cada etapa de vida da criança são impostos novos ritmos e a alimentação do bebê adquire outras características, evoluindo gradativamente para um novo ciclo temporal: o da alimentação da criança.

A evolução gradual da alimentação complementar está contemplada no Passo 2 do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2002) e representa aspecto relevante que deve ser incluído na orientação dada às mães, pelos profissionais de saúde.

Stefanello (2008) enfatiza que a alimentação infantil está inserida num sistema complexo que sofre interação simultânea de várias naturezas (valores, crenças, opiniões, recomendações) e, é vista de maneira especial, sobretudo, no primeiro ano de vida, por ser a fase em que ocorrem as primeiras experiências alimentares. Segundo as mulheres participantes do referido estudo, apesar de ser um processo progressivo, é caracterizado por etapas que impõem determinadas demarcações, sinalizadas pelo tipo de alimentação oferecida, que estabelecem dois pontos primordiais: o momento da introdução do leite e o momento da "comida de sal".

Ao fazermos analogia com as percepções matemáticas, reveladas no trabalho de Stefanello (2008), depreendemos que a fala apresentada pela mãe M6: "Aí depois dos seis meses... porque o peito só não é suficiente, aí eu comecei a introduzir outros alimentos... a comida, a sopinha" evidencia esta demarcação. Uma explicação possível para esta divisão é que estes alimentos representam pontos cruciais na alimentação infantil. O leite por ser algo natural,

esperado, como acontece com todos os mamíferos e a comida de sal, pelo seu simbolismo, cujo significado expressa o alimento do dia-a-dia, a base da alimentação da família.

No presente estudo, as mães referiram que a alimentação complementar cotidiana é composta de leite (materno ou fórmula láctea), frutas e papas ou "comida de sal" (sopas, papas ou comida da família). Estes alimentos foram introduzidos gradativamente, conforme a criança foi evoluindo e crescendo.

Entretanto, as práticas maternas relativas à introdução da alimentação complementar apresentaram variação quanto à faixa etária do bebê, no momento da introdução dos alimentos e o alimento oferecido, de forma que houve casos em que este processo ocorreu em idade precoce ou tardia, por decisão da própria mãe:

"Ele estava com três meses [...] vou ter que dar comida também porque eu acho que só o peito não está satisfazendo ele. E pela fase de crescimento dele, assim o tamanho, na gordura. Eu falei: vou passar a dar mais coisas... Aí, com três meses ele passou a comer de tudo e está aí até hoje." (M12)

"Por enquanto não [não come papa ou sopa] [...] ele teve uma consulta segunda feira, o CD dele, aí eles falaram que agora como ele completou seis meses que eu pudesse fazer uma sopinha, dar para ele, só que eu tenho medo ainda." (M8)

Muitas mães referiram que, durante o processo de introdução da alimentação complementar, ainda continuavam com o aleitamento materno. No entanto, havia crianças que estavam deixando de receber leite materno ou não recebiam mais este alimento. Nestes casos, os motivos alegados para a introdução de outro leite foram: "o leite é pouco", "a criança estava passando

fome", "a criança precisava de outros alimentos" e também devido ao retorno da mãe ao trabalho ou à escola:

"Antes, no começo, quando ele nasceu ele mamava em mim e Leite Nan® porque parece que só o meu leite não estava dando para ele. [...] então, aí, eu tive que introduzir o Leite Nan® para ajudar [...] meu leite que não estava bem sustentando ele." (M9)

"Ela amamentou mais ou menos quinze dias, aí depois eu não tive mais leite. [...] Foi quando ela estava passando fome. Porque ela mamava, mamava e não saía leite, não tinha leite. Aí que eu passei para mamadeira [...]" (M13)

"Porque eu voltei para o serviço, aí não tinha como eu dar mamar." (M8)

"Só quando ela foi para o berçário que ela começou no Nan®." (M14)

"Ah, é porque agora ela já está tomando leite de lata, Leite Ninho®, quando eu vou para a escola, que eu estudo de noite, aí minha mãe pega e dá para ela." (M2)

Estas crianças recebiam outro tipo de leite, usualmente adicionado de algum espessante. Nestes casos, os leites utilizados eram o Nan®, nos primeiros meses, posteriormente substituído pelo Ninho® ou o leite de vaca pasteurizado, de saquinho, como as mães se referiam, ou até mesmo *in natura*. Com exceção do Leite Nan®, os demais eram comumente oferecidos na forma de mingaus, e a farinha mais utilizada era o Mucilon®⁷, mas houve referência à Maizena®⁸ e a uma farinha pré-cozida, denominada Nutribom®⁹:

"[Mamou Leite Nan®] Até seis meses, depois ela não quis mais. Aí eu passei para o Ninho®. Aí o Ninho® foi até nove meses. Ela não quis mais Ninho® que eu passei para o leite normal mesmo, que a gente usa." (M13)

"Sabe aquele leite que o pessoal passa vendendo na rua? É aquele! [leite de vaca in natura] [...] Mas agora também já cortei! Agora eu já pego de saquinho [...]" (M11)

⁵ Leite Nan – fórmula infantil, leite de vaca modificado.

⁶ Leite Ninho – leite de vaca integral em pó.

⁷ Mucilon – farinha de cereais, pré-cozida.

⁸ Maizena – amido de milho.

⁹ Nutribom – farinha de cereais, pré-cozida.

"Dava leite com Mucilon® para ela. Engrossado com Mucilon®." (M6)

"E a massa [farinha] dele é Nutribom®. A massa e o leite só [...] Leite de caixinha, leite integral." (M8)

"Faço bem ralinho, não tão grosso, com leite e Maizena®." (M12)

As crenças que o leite materno "não estava sustentando", "era insuficiente" e "o bebê estava passando fome", refletem as percepções e sentimentos próprios de cada mãe, caracterizando crenças primitivas de consenso zero (Tipo B). Do mesmo modo, a situação referida pela mãe M8, que não era mais possível amamentar após o retorno ao trabalho, é vivenciada por ela, como incontrovertível e configura uma crença de consenso zero (Tipo B).

A crença que a criança não quis mais o Leite Nan®, relatada pela mãe M1, também constitui uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B).

Na relação mãe-filho as percepções maternas sobre as reações do bebê apresentam um significado notadamente subjetivo, que não carece de validação por outras pessoas. Em algumas circunstâncias, mesmo que haja declarações contrárias à idéia concebida pela mãe, a crença não será modificada.

Takushi et al. (2006) estudaram a perspectiva da alimentação infantil pretendida por gestantes e observaram que, dentre as mulheres com intenção de introduzir outro leite, a pretensão de uso do leite em pó foi predominante para o primeiro semestre, por acharem mais adequado ao bebê. O leite fluido foi identificado como alimento da família, sendo sua introdução pretendida usualmente para o final do primeiro ano de vida.

Quanto às participantes do presente estudo, depreendem-se das falas que o Leite Nan® foi o escolhido e o oferecido inicialmente, porém, em geral, foi

necessária a sua substituição por outro de menor custo, por questões econômicas.

Em relação ao uso do leite, é importante destacar que este alimento não deve ser oferecido em substituição a outros alimentos, especialmente a "comida de sal". O perigo de uma alimentação com predominância de refeições lácteas, baseadas em leite e mingaus, na dieta de lactentes é bastante comum, e já foi identificada em vários estudos (FARIA JUNIOR; OSÓRIO, 2005; OLIVEIRA et al., 2005; SALDIVA et al., 2007). A praticidade do preparo/oferecimento do mingau, em relação à alimentação salgada, foi um dos motivos alegados (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007). Entretanto, esta prática implica no risco de não se alcançar o aporte necessário de nutrientes e de ocorrência de doenças, principalmente anemia ferropriva, pois o leite fluido de vaca, além de pobre em ferro e da baixa biodisponibilidade (cerca de 10%), pode inibir a absorção de ferro heme e não heme, pelo seu alto conteúdo de cálcio e, provavelmente, pela presença de fosfoproteínas, se consumido concomitantemente com alimentos fontes de ferro (BRASIL, 2002; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Outro alimento que compunha o cardápio destas crianças era a fruta, introduzida na forma de papa ou suco. Para o preparo de papas geralmente foram mencionadas: a banana, o mamão e a maçã, mas também há referência à pera, ao caqui e a ameixa, entre outras.

A maioria das entrevistadas não relatou o motivo da introdução das frutas. Todavia, a mãe (M5) ressaltou que a fruta "faz bem", outra (M11) referiu que a fruta tinha sido recomendada pelo médico, porque seu filho apresentava

ganho ponderal elevado e a M13 enfatizou a vantagem de consumi-la quando os dentes começam a apontar, para massagear a gengiva:

"[...] eu dou banana eu dou maçã. Dou essas coisas que não prejudica a saúde dele, que faz bem para ele." (M5)

"[...] O médico falou: nada de bolachinha, nada disso, nada daquilo, dá fruta para esse menino, almoço e a mamadeira dele e só!" (M11)

"[...] é fruta para coçar o dentinho, então ela passa o dia inteiro mordendo fruta para coçar os dentinhos." (M13)

Quanto aos sucos, prevaleceram: o natural de laranja, de acerola, de caju e de maracujá:

"[...] o suco que eu dou para ele é de maracujá, que aqui em casa tem um pé de maracujá, dá muito maracujá e eu bato o suco..." (M5)

"Ela toma suco de laranja..." (M6)

"Assim, eu dou mais é suco de laranja... e de acerola. De acerola eu já dei algumas vezes só, mas mais é o suco de laranja. São os únicos sucos que eu dou!" (M7)

Para preparar os sucos, além das frutas *in natura*, as mães utilizaram também os preparados concentrados engarrafados ou pó artificial:

"Suquinho de... é de fruta natural [...] Dava o suco de caju, suco de laranja. Já tentei o de beterraba [...] O suco de caju eu comprava daquela garrafinha." (M15)

"Eu uso suco de garrafinha [...] De saquinho... É o... Tang¹⁰. [...] Aí de vez em quando, eu vou e dou um suco de laranja. Suco natural!" (M11)

"Aí ela tomava bastante suquinho de caju... suquinho de laranja, de vez em quando [...] eu dava suco de maracujá [...] Às vezes era da fruta, às vezes era de saquinho [...] O de saquinho mesmo." (M13)

"De laranja, de morango... daqueles que a gente compra no mercado [...] Daquele Refrescant¹¹." (M9)

¹⁰ Tang – preparado sólido artificial em pó para refresco

¹¹ Refrescant - preparado sólido artificial em pó para refresco

A fruta em forma de polpa comercializada em supermercado também foi mencionada, como equivalente à fruta natural, por uma das mães:

"[...] suquinho natural... de polpa, aquelas polpa... é... suquinho de acerola, suquinho de... morango..." (M3)

Verificou-se também que o suco é raramente ou nunca ofertado, no primeiro ano de vida, deixando até mesmo de ser mencionado (caso das mães M4 e M9). Acreditamos que esta situação pode ser fundamentada pelos depoimentos:

"[...] para te falar a verdade, eu só ofereci de laranja para ela [...]" (M1)

"Ah, ela já tomou suco de maracujá... natural... que eu fiz para ela, mas bem fraquinho... mas isso já tem tempo... um tempinho já... eu dei só uma vez..." (M2)

Atualmente, preconiza-se, na alimentação infantil, maior ênfase ao consumo de alimentos com consistência mais espessa que apresentam maior densidade energética (caloria/grama de alimento) do que preparações diluídas, como: suco e sopas ralas (BRASIL, 2002; MINISTÉRIO..., 2002).

Porém, neste estudo, conforme se depreende das falas, se por um lado as mães não priorizam o suco, por outro, ainda oferecem sopa com grande frequência, sendo a preparação usualmente escolhida para introduzir "a comida de sal", aos seus filhos:

"Eu não dava comida para ele... eu comecei a dar há poucos dias agora. [...] Eu comecei pela sopinha." (M5)

"[...] eu comecei a dar comida normal... sopinha para ela. Depois dos seis meses foi sopinha. E está indo assim [...]" (M7)

Este fato pode ser em decorrência dessa preparação estar tradicionalmente associada à alimentação infantil, como resquícios das práticas

alimentares que persistem ao longo dos anos. Assim, visando atender as recomendações atuais e garantir o aporte calórico da dieta do bebê, este aspecto deve ser amplamente discutido com as mães, orientando-as para que iniciem a alimentação complementar com preparações mais pastosas e menos ralas, como: os purês e as papas.

Saldiva et al. (2007) comentam que a introdução de sopas na alimentação do lactente não é incorreta, porém destacam que a forma de preparo deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde, para que a consistência seja espessa e atinja a densidade energética desejada.

Brunken et al. (2006) observaram que as mães adolescentes ofereceram menos sopas aos seus filhos do que as mães adultas e o motivo pode estar relacionado com o preparo dessa alimentação, feita especialmente para a criança. Acreditamos que este comportamento possa ser explicado pelo aumento das tarefas maternas, que não são incorporadas pelas mães adolescentes.

A associação entre a sopa e a alimentação infantil configura uma crença primitiva de consenso 100% (Tipo A), pois nas experiências vivenciadas pelas mães, a sopa era a alimentação destinada às crianças. Contudo, é também uma crença de autoridade (Tipo C), advinda das antigas prescrições médicas e dos conselhos das mães e avós que exerciam esta prática. Estas crenças se entrelaçam e criam um sinergismo, fortalecendo-se mutuamente. Esta situação gera um círculo que contribui para que as mães perpetuem esta prática para suas filhas, ao longo dos anos.

Os vegetais mais comumente utilizados, de acordo com as mães, foram: batatinha, cenoura, beterraba, abóbora e chuchu:

"Batatinha e abóbora [...] é o que eu costumo mais dar para ela." (M1)

"Ah, batatinha, cenoura, chuchu... esses é que eu mais costumava a dar para ela." (M6)

"Ela já comeu batatinha, chuchu, cenoura, beterraba, cará, inhame e abóbora." (M10)

"[...] todas as verduras, tubérculos essas coisas ela já introduziu... cará, inhame, batata, cenoura, beterraba, abóbora, mandioca." (M14)

Apesar das mães referirem a presença de frutas e vegetais na alimentação de seus filhos, tal prática deve ser continuamente incentivada para que se possa aumentar o consumo destes alimentos pela família, com reflexo na alimentação das crianças e na formação e manutenção de hábitos saudáveis.

O aumento do consumo de frutas, vegetais e legumes é uma das metas das instituições de saúde do país e do mundo, sendo amplamente preconizado em publicações e guias alimentares (BRASIL, 2002, 2006; WHO, 2004), pelos benefícios a que estão associados em função do conteúdo de micronutrientes e fibras. Apesar dos esforços, o consumo destes alimentos ainda está aquém do necessário. No Brasil, estima-se que o consumo de frutas e hortaliças corresponda a menos da metade das recomendações nutricionais, sendo ainda mais deficiente entre as famílias de baixa renda (LEVY-COSTA et al. 2005).

Os inquéritos sobre a alimentação das famílias brasileiras realizados desde a década de 60, pelo IBGE, mostram um consumo insuficiente de verduras, legumes, frutas e sucos naturais e um aumento do consumo de

açúcar refinado e refrigerante, mudanças que podem explicar, em parte, o aumento da prevalência da obesidade (GRISI, 2008).

A obesidade é considerada uma epidemia global e sua prevalência em crianças e adolescentes vem aumentando, nas últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, tomando-se um problema de saúde pública (ANSALONI, 2008; SIQUEIRA; MONTEIRO, 2007; WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002). Atualmente, o distúrbio nutricional mais frequente, no Brasil, não é mais a desnutrição e sim a obesidade. Assim, considerando que no controle das doenças crônico-degenerativas, os melhores resultados estão relacionados à promoção de hábitos de vida saudáveis, iniciados na infância, é preciso estimular práticas alimentares saudáveis, nesta etapa, para que perpetuem pela vida adulta (GRISI, 2008).

Apreende-se dos discursos maternos que as sopas oferecidas não eram preparadas somente com vegetais, mas acrescidas de outros alimentos, como: macarrão, arroz e caldo de feijão. Os relatos abaixo revelam esta prática:

"[...] ela come a sopinha normal [...] com macarrãozinho." (M7)

"Eu faço [a sopa]... Coloco um pouquinho de macarrão [...] arroz com caldinho de feijão [...]" (M9)

"Tem dia que eu faço de macarrão com verdura, tem dia que eu faço só com macarrão. [...] Até na sopa, à noite, eu gosto de por um caldinho de feijão." (M11)

Houve também relato do uso de macarrão instantâneo:

"[...] quando é macarrão instantâneo [...]" (M9)

As carnes, bovina ou de aves (frango), são introduzidas, nas sopas, mais tardiamente:

"[...] pelo menos eu coloco uns pedacinhos de carne [na sopa]." (M7)

"[...] ou eu ponho carne moída ou ponho frango [na sopa]." (M10)

Outra forma de oferecer as carnes junto com a sopa é liquidificada:

"Ah, tem fígado também que eu bato... é carne bovina." (M15)

Posteriormente a carne é oferecida para a criança mastigar:

"[...] às vezes compra uma carne de bife, põe um pedaço bem grande, parto depois joga na sopa e dá para ele ir mordendo..." (M12)

"Tem que ter carne também, uma caminha cozida para ela mastigar." (M13)

Embora as carnes sejam introduzidas tardiamente, isto pode representar o quinto mês para algumas crianças e o oitavo ou nono para outras, dependendo da faixa etária em que se iniciou a introdução dos alimentos complementares.

Em geral, a presença da carne na alimentação infantil, foi pouco enfatizada pelas mães. Com exceção de uma (M12), que ofereceu a carne ao filho em torno do quinto mês, as demais referiram, usualmente, a partir dos nove meses de idade, quando a criança estava num estágio mais avançado do processo de introdução de alimentos:

"Came eu nunca dei para ela [momento da primeira entrevista] [...] Agora [retorno após um mês] ficou diferente porque agora eu dou carne, né. Mas naquela época, como eu te falei [...] quando ela interessasse dez meses podia dar carne para ela: caminha moída, carne de frango. Aí eu comecei a dar." (M1)

Resultados semelhantes foram relatados por Parada, Carvalhaes e Jamas (2007), em que a presença da carne na sopa ou na "comida da família", aumentou com a idade da criança.

O ovo foi referido por apenas uma das mães (M9). A criança estava com seis meses e havia iniciado a alimentação complementar recentemente, há aproximadamente uma semana, e tanto a gema quanto a clara eram oferecidas:

"Cozinhava ele, colocava ele inteiro e batia no liquidificador e dava para ele." (M9)

A adição de ovo na alimentação complementar é vantajosa pelo fornecimento de zinco proveniente da gema, micronutriente importante para a prevenção da morbi-mortalidade por doenças infecciosas. Quanto ao fornecimento de ferro, apesar do seu alto conteúdo na gema, sua biodisponibilidade é baixa. No entanto, como a clara do ovo é considerada um alimento alergênico, em casos de história familiar de alergia alimentar este alimento, assim como peixe, amendoim e nozes deve ser evitado, no primeiro ano de vida (DEVINCENZI; MATTAR; CINTRA, 1996; GIUGLIANI; VICTORA, 2000; LACERDA; ACCIOLY, 2005).

A presença de alimentos de origem animal, especialmente carnes e ovos, na alimentação infantil é importante pelo aporte protéico (proteínas de alto valor biológico e melhor digestibilidade) e de minerais como o ferro e o zinco (BRASIL, 2002; GIUGLIANI; VICTORA, 2000). Porém, estudos mostram que estes alimentos são pouco frequentes na alimentação complementar de crianças, como o de Marchioni et al. (2001) em que a carne e o ovo entraram na dieta mais tardiamente, sendo consumidos, praticamente, por todas as crianças somente ao final do primeiro ano. O de Silveira e Lamounier (2004) revelaram que o consumo de carne, entre as crianças de seis a doze meses, foi de 40,5%

e o de Takushi et al. (2006) verificaram que 31,1% das gestantes não pretendiam incluir a carne, na dieta da criança.

Resultados similares foram relatados por Simon, Souza e Souza (2003), nos quais o ovo e o feijão foram os alimentos introduzidos mais tarde, estando presente na alimentação de quase todas as crianças próximo ao décimo segundo mês de vida.

A oferta de comida da família foi referida para as crianças que apresentavam faixa etária em torno de nove a dez meses. Em geral, esta refeição era composta de arroz, feijão, verduras e carnes, isto é, os alimentos do cotidiano familiar.

"[...] depois de oito meses, nove meses... por aí que eu comecei a dar comida [...] Arroz, feijão carne... de todos os tipos [...] verduras, legumes [...] macarrão [...]" (M6)

"Hoje [criança já tinha um ano de idade] ela come arroz, feijão, carne [...] batatinha, ossinho de frango, coxinha de frango eu ponho na mãozinha dela, ela fica chupando e comendo. Ela come de tudo hoje." (M13)

"[...] hoje ela come assim... comida [criança tinha dez meses] [...] e ela come junto com nós mesmo." (M15)

Além do cuidado com a introdução processual dos alimentos, garantindo o bem-estar e a saúde das crianças, há também outros critérios de escolha no processo de tomada de decisões sobre a alimentação complementar. Entre estes se encontra a valorização do teor nutritivo e os benefícios que o consumo de determinados alimentos acarretam para criança, considerando o papel da nutrição adequada na promoção da saúde.

Sob esta perspectiva, as mães destacaram a importância da variedade dos alimentos e das cores dos vegetais:

"A sopinha eu faço igual a médica me ensinou, né. Ela fala para por três cores de verduras, porque três cores são três tipos de vitaminas. [...] Ela já comeu batatinha, chuchu, cenoura, beterraba, cará, inhame e abóbora. Ai todo dia eu ponho uma diferente." (M10)

"Preocupa mesmo assim... uma comida, como se diz, que vai fazer a ela bem [...] dar essas verduras de cor para ela, que eu acho que vai ser bom para ela." (M15)

"É tipo assim... eu tento variar, não dar a mesma coisa sempre. Uma coisa que eu aprendi é cores, você dar cores variadas." (M14)

"[...] mas eu dou variedade, batatinha/cenoura, batatinha/chuchu [...] vou fazendo variedade." (M1)

"[...] eu vario nas frutas." (M5)

"Ela já comeu batatinha, chuchu, cenoura, beterraba, cará, inhame e abóbora. Ai todo dia eu ponho uma diferente [...]" (M10)

Também foi enfatizado o valor nutricional, especialmente no que se refere ao teor vitamínico dos alimentos:

"[...] tem que ter a vitamina da carne também, da carne ou do frango." (M10)

"A beterraba eu sei que é bom para evitar anemia. A cenoura eu penso que é também, que a cenoura... eu sei que ela é vitamina [...] Eu ponho um pouquinho de óleo de oliva, acho que é bom." (M5)

A variedade da dieta é um aspecto fundamental para uma nutrição adequada, garantindo o crescimento e a saúde da criança (BRASIL, 2002, GIUGLIANE; VICTORA, 2000; MONTE; GIUGLIANE, 2004). Além disso, a diversidade de alimentos contribui para o desenvolvimento dos hábitos alimentares, despertando a atenção das crianças para a descoberta de texturas, aromas e sabores que as estimulam para o processo de socialização (TAKUSHI et al., 2006).

Dutta et al. (2006) referem que os cuidadores elegeram como categoria positiva dos alimentos, o conteúdo de nutrientes, especialmente, de vitaminas, proteínas e minerais.

Na percepção das mães participantes do estudo de Pelegrin (2008), a variedade dos alimentos e o atendimento das necessidades de vitaminas requeridas pelo lactente foram associados à condição de boa alimentação.

A crença que o consumo de alimentos variados é importante para assegurar uma alimentação saudável emerge como primitiva (Tipo A e B), decorrente da preocupação materna, e crença de autoridade (Tipo C) "igual à médica me ensinou". Pode não estar explícito, mas a mídia também pode ter influenciado, pois são frequentes as reportagens sobre boa alimentação, gerando uma crença derivada (Tipo D) sobre a necessidade de ingestão de alimentos de cores variadas. Desta forma, o consumo de alimentos diversificados e a preferência por alimentos regionais de menor custo e que fazem parte da cultura alimentar devem ser continuamente reforçados e incentivados, entre as mães.

Todos estes aspectos foram considerados benéficos e prioritários para a saúde e nutrição adequadas da criança, e determinaram as escolhas maternas.

Contudo, observamos que algumas mães questionam as informações recebidas, pois sabem que cada criança tem um comportamento específico, e nem sempre o que foi bom para outro bebê se adéqua ao seu filho.

Outra prática bastante mencionada na alimentação complementar dessas crianças foi a presença de iogurte, Danoninho¹², como muitas vezes foi denominado pelas mães. Até mesmo as que apresentavam menor poder aquisitivo relataram o uso deste alimento:

"[...] Danone® se der para ela, ela come..." (M7).

¹² Danoninho – queijo petit suisse, não maturado, adicionado de polpa de frutas.

"[...] Esses dias mesmo eu comprei um Danoninho® de R\$ 1,00 e peguei e dei para ele..." (M9)

"[...] Dei o Danoninho®. Três meses..." (M12)

"[...] Ela foi tomar Danone® mesmo com uns seis meses." (M13)

Soares et al. (2000) e Stefanello (2008) também relataram o emprego de iogurte industrializado na alimentação complementar de crianças.

Acreditamos que esta prática pode advir do *marketing* que a indústria emprega neste produto. As propagandas ressaltam o Danoninho® como alimento ideal para as crianças, rico em nutrientes, em especial o Cálcio, tentando atingir o subjetivo da mãe e interferir nas suas escolhas.

Trabalho de Pelegrin (2008), sobre as percepções maternas acerca do cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano, revelou que o Danoninho é considerado, pelas mães, como um alimento bom, devido à garantia do fabricante de que contém vitaminas essenciais ao crescimento infantil.

Esta análise encontra respaldo no trabalho de Amorim (2005) que investigou a repercussão do *marketing* das indústrias de alimentos sobre as práticas e hábitos alimentares infantis, no período de 1960-1988. A autora ressaltou que as propagandas publicitárias de alimentos infantis destacavam a capacidade das indústrias em oferecer produtos de qualidade para atender às necessidades nutricionais do seu público alvo, considerando os avanços tecnológicos e conhecimentos científicos que dispunham. Os discursos publicitários analisados revelam apelos emocionais, científicos e culturais, de tal forma que ao veicular as imagens publicitárias, as empresas, buscam além de

incentivar o consumo, promover a interiorização, pelos consumidores, de normas e valores sociais.

Neste contexto, a mídia divulga a mensagem de que o Danoninho® é importante para a nutrição da criança, a qual se configura como uma crença derivada (Tipo D), mas que também pode representar uma crença de autoridade (Tipo C) ao ser recomendado pelo médico ou por pessoas do convívio próximo (mãe, irmã, cunhada, outras mães):

"Ah, por que... Danoninho® tem muito cálcio, né, muitos trens que é bom para o neném. O povo fala que é bom, aí peguei e dou pra ela." (M2)

"É porque assim o Danoninho® tem muita vitamina, aí ajuda a fortalecer os ossinhos dela [...]" (M3)

"[...] até o médico mesmo já me falou: olha você já pode começar a dar frutinha, dar Danone®. Aí por isso que eu comecei a dar para ela." (M13)

Alimentos como bolachas, petas, bolo, pão e até salgadinhos industrializados, tal como o Skiny®¹³ também eram oferecidos:

"E hoje assim... dou bolachinha para ela, biscoitinho, né." (M1)

"[...] Skiny e pipoca que a gente faz em casa. Mas ela num come sempre não... de vez em quando. [...] às vezes tem curso de criança aqui na igreja... aí eles [as crianças] oferecem. Aí, meu sobrinho traz para ela." (M6)

Atualmente, a inclusão de alimentos industrializados, no hábito alimentar infantil, como: iogurte, salgadinhos (*snacks*) é uma realidade no país, segundo atestam o crescimento das indústrias alimentícias e as pesquisas de consumo alimentar (AQUINO; PHILIPPI, 2002; IBGE, 2004).

¹³ Skiny – salgadinho industrializado tipo *snacks*.

Conforme aponta Amorim (2005), este comportamento é influenciado pelas campanhas publicitárias. Nas últimas décadas, o *marketing*, na área de alimentos, tem investido em produtos prontos para consumir, como: as bebidas lácteas, achocolatados ou os que são consumidos por impulso, tais como: bombons, biscoitos, salgadinhos, refrigerantes, bem como os que se caracterizam pela facilidade no preparo (macarrão instantâneo, caldos concentrados) devido ao surgimento de várias empresas concorrentes, nesses segmentos, e por serem produtos que correspondem ao estilo de vida contemporâneo. Deste modo, as empresas determinam o segmento de mercado a ser conquistado e direcionam a mídia para esse público, “criando necessidades”, e influenciando nas escolhas dos consumidores para que estes produtos sejam incorporados aos hábitos de consumo destes, inclusive bebês e crianças.

Em algumas situações, a socialização destes novos hábitos cria um impasse para as mães, pois apesar de não considerarem “correto” oferecer doces e salgadinhos industrializados às crianças, acabaram cedendo, incorporando-os à dieta do filho, porque o lactente vê outras pessoas consumindo-os e, na percepção da mãe, manifesta igual desejo.

Para a mãe, não satisfazer este desejo representa frustração, privação ou sofrimento, o que ela tenta evitar:

“Skiny® também ela gosta [...] Nossa! Ela faz briga por causa de Skiny®. Adora! [...] Quando vai lá, na casa da minha sogra, aí minha sogra dá para ela, né. Mas eu mesmo não gosto de comprar não. [...] Ah, que ela gosta, que toda criança gosta é de chupar balinha, né. Chupa bala, pirulito!... Mas eu não gosto de dar. Às vezes... meus sobrinhos que vem aqui e oferece para ela. Quando dá para ela, aí ela não quer soltar mais, aí tem que deixar chupar. Mas eu não gosto

não, por causa dos dentes, que eu fico preocupada com medo de estragar os dentes." (M6)

"Talvez seja errado eu dar esses 'trens' para ela, esses salgadinhos que vem no saquinho, por causa do conservante que tem nele, mas eu dou porque acaba querendo, ela vê a gente comendo e quer." (M1)

Quadro semelhante foi descrito por Rotemberg e De Vargas (2004). Segundo as autoras, a visão das mães sobre esses novos alimentos, incorporados à alimentação, é ambígua, pois apesar do consumo, os consideram como "besteiras" devido ao preço, e porque podem fazer mal à saúde da criança.

O consumo de doces, salgadinhos industrializados (tipo *snacks*) e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida deve ser evitado porque não são bons para alimentação da criança e competem com alimentos mais nutritivos (BRASIL, 2002; MINISTÉRIO..., 2002).

Além disso, Polônio e Peres (2009) destacam que estes alimentos contêm conservantes e representam risco para ocorrência de reações adversas provocadas por aditivos alimentares, considerando a frequência com que estes itens figuram nos cardápios, a imaturidade fisiológica da criança e a repercussão desta prática nos hábitos alimentares.

Nesta perspectiva, Vitolo et al. (2005) investigaram o impacto da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças. Observaram que os efeitos da intervenção, por meio do aconselhamento sobre o comportamento alimentar indicam adesão quanto à orientação de se evitar o consumo de guloseimas e alimentos industrializados de baixo valor nutricional.

Esta ambiguidade resulta de um confronto entre duas crenças maternas.

A primeira: que estas guloseimas não são saudáveis e não devem ser oferecidas aos bebês, representa uma crença primitiva de consenso 100% (Tipo A); a segunda: que as crianças manifestam desejos e vontade de ingerir alimentos ao ver outras pessoas comendo, caracteriza-se com uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B) (uma credibilidade incontrovertível).

Assim, considerando os prejuízos do consumo de guloseimas, a repercussão na formação dos hábitos alimentares das crianças e o papel dos profissionais de saúde, na promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis, é preciso que estes sejam preparados para compreender o universo das crenças e possam ser efetivamente reconhecidos como autoridades pela população, de forma a influenciarem no sistema de crenças, quando necessário.

Depreende-se dos depoimentos maternos que a manifestação de desejo apresentada pelas crianças, quando presenciavam outras pessoas comendo algum alimento, foi determinante para a introdução dos alimentos:

"Ele mamava e eu via que ele ficava doido, vendo os outros comer e doido [...] Aí eu falei: não, vou ter que dar comida também porque eu acho que só o peito não está satisfazendo ele. [...] meu menino estava comendo [iogurte] e ele virou aquela sama mesmo. Aí experimentou [...] aí eu peguei e dei e dou até hoje." (M12)

"Que nem café, de vez em quando eu dou café para ele, mas eu sei que não pode. Eu dou de teimosa! Porque às vezes eu vou beber [...] se eu estou com ele no meu braço, assim, no meu colo e se eu estou tomando café, ele quer e eu não dou para ele, às vezes ele dá birra, desse tamanzinho. Aí eu coloco um pouquinho na boca dele, só para sentir o gosto mesmo. Mas, isso aí eu optei por mim mesma." (M9)

No estudo de Stefanello (2008) foi encontrada situação semelhante. As mães relataram este comportamento de predileção alimentar, a partir da interação dos bebês com os alimentos.

Na Colômbia, Alvarado et al. (2005) identificaram nos discursos das mães que o início da alimentação complementar ocorre de forma espontânea, quando o lactente começa a "olhar" para a comida dos outros membros da família, e então é colocada, com os dedos, pequena quantidade de alimentos na boca da criança.

As manifestações de desejo da criança pelos alimentos interferem muito nas práticas maternas, fazendo que o comportamento adotado pela mãe seja fruto de conflito entre fortes convicções: de um lado a mãe acredita que determinados alimentos não são saudáveis, todavia crê que o filho apresente desejo premente, pelo mesmo. Entretanto, de acordo com Giard (1996), na escolha dos alimentos que compõem o cardápio infantil, a mãe acha que sabe o que é melhor para a criança do que a própria criança. Daí deriva o conflito, quando elas cedem aos apelos da criança, liberando um alimento considerado não-saudável.

O processo de alimentação complementar também revela os desafios presentes no dia-a-dia das mães, no que se refere à aceitação dos novos alimentos.

O apego da criança ao seio, na ótica materna, foi considerado como um fator dificultador para introdução da alimentação complementar, uma vez que as crianças estavam muito dependentes do peito e não "aceitavam" outros alimentos:

"[...] mama mais em mim ainda do que a alimentação complementar. [...] com muita dificuldade ela bebe daquele leite ali [Leite Ninho], não bebe nem na mamadeira nem no copo, ela não gosta do leite de jeito nenhum, ela mama mais o meu mesmo e se eu não for dar [o peito] para ela, fica com fome o dia inteiro [...] ela comia só um tantinho, assim... para a idade dela que tem nove meses ela tinha de comer

aquele monte de verdura, como eu vejo crianças. No entanto, ela come assim... se juntar não dá não dá assim, umas dez colherzinhas pequeninhas, ela come e já não quer mais, quer mamar. Começa a chorar e começa a querer mamar, ela é o dia inteiro. É por isso que eu estou secando [risos]. Ela quer mamar o tempo inteiro. Eu faço suquinho para ela, ela não bebe..." (M1)

"[...] ele mais mama do que come... O menino é ruinzinho para comer, só mesmo o peito. Acho que é mais é embirrança no peito." (M8)

"[...] eu dou a mamadeira e dou o peito também, porque ele não conforma, ele não pega a mamadeira direito, tem que ter o peito." (M12)

Situação semelhante foi referida por Salve e Silva (2008) ao estudar as representações sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares. As mães demonstraram o receio de que a amamentação exclusiva, por seis meses, possa dificultar a aceitação de outros alimentos pelo bebê, indicando que tal fato possa ser um dos determinantes para a introdução da alimentação complementar ou do desmame precoce.

Esta crença é primitiva de consenso zero (Tipo B), pois é oriunda da vivência da própria mãe e independe da opinião de outros. Também, pode ser uma crença de autoridade (Tipo C), proveniente das outras pessoas com as quais a mãe convive, socialmente. Como já foi dito anteriormente, elas se entrelaçam e se solidificam, ainda mais.

Algumas mães relatam que a introdução dos alimentos, após o sexto mês, também pode ter contribuído para a recusa do bebê e que deveria ter oferecido antes para ele ir acostumando:

"As pessoas dizem que é porque eu ofereci tarde suco para ela, então por isso que ela não quis. Mas, pelos médicos eu creio que comecei no horário certo, porque é a partir dos seis meses. Mas as pessoas não, você demorou e é por isso que ela não quer, você devia ter dado mais cedo para ela... suquinho para ela ir acostumando."(M1)

"Na verdade, os alimentos dele eu acho que eu deveria ter começado a dar para ele mais cedo, assim acho que ele já deveria ter acostumado a comer, mas eu demorei muito." (M4)

Conforme podemos apreender dos depoimentos acima, para a mãe M4 esta crença é primitiva de consenso zero (Tipo B) que emerge de suas próprias convicções, e por isso é incontestável, caracterizando para ela uma verdade absoluta. No entanto, para a mãe M1 é uma crença derivada (Tipo D), de localização mais periférica, resultante do contato com pessoas do seu convívio social, cuja validade é questionada por ela ao comentar que, de acordo com o ponto de vista do médico, esta prática é correta. O conflito de crença evidenciado, na fala da mãe M1, mostra a complexidade do sistema de crenças, no qual as informações provêm de diversas fontes de referência podendo ser coincidentes ou divergentes.

No processo de introdução da alimentação complementar, outros aspectos considerados pelas mães, referem-se à aceitação da alimentação pela criança e à quantidade de alimentos ingeridos. Estas manifestações servem para sinalizar se estão no caminho certo ou se são necessárias algumas modificações, no intuito de consolidar este processo.

Quando a criança recusa os alimentos, segundo Giard (1996) ela descobre o poder que tem de manter a mãe sobre seu "domínio", pois a recusa implica na preocupação e inquietude materna, além de impor sua vontade. Este comportamento de enfrentamento em relação à comida evolui com a idade. A magnitude desse confronto depende de como a mãe sente esta recusa e da capacidade de ceder às manifestações da criança.

No presente trabalho observamos, pelos relatos obtidos, situações de enfrentamento entre a mãe e a criança, no contexto da alimentação complementar no primeiro ano de vida. Conforme apontam as mães, os bebês usam artimanhas para chamar-lhes a atenção. Houve relatos sobre os artifícios utilizados pelos lactentes para sensibilizar e ou driblar as mães. Muitas vezes as mães refletem consigo mesmas, questionando quem, afinal de contas, acaba direcionando de modo mais decisivo a alimentação da criança: a mãe ou a própria criança? As mães se debatem, persistem por algum tempo e às vezes acabam cedendo. Tais situações são evidenciadas nos discursos:

"Eu fiquei um dia, a tarde inteirinha, deixei ela com fome, não dei o peito para ela. Para mim foi uma dificuldade ver minha filha chorando, encostando no peito, pedindo mamã e eu não poder dar para ela, porque eu queria que ela mamasse para diminuir um pouco mamã em mim. [...] ...ela já começa a fingir que está com o estômago embrulhando, ameaça a fazer vômito, que eu vejo que ela faz de propósito, ela mesmo que faz para eu não dar. Então eu pego e deixo e vou e dou o peito." (M1)

"Ele não come. Até hoje, não sei por que está com nove meses! Não come uma fruta, não come uma sopa, não toma um suco, ele não gosta. A gente dá comida para ele, ele engasga, dá vômito, mas não come de jeito nenhum. [...] Acho que por ele quase não comer, ele é muito enjoadinho, chora muito, chora bastante... ele é muito nervoso, muito inquieto... muito irritado, não dorme. Muito difícil ele dormir. [...] A noite ele é muito ruim para dormir, não sei se é porque quase não come, não está comendo. Com essa idade já era para estar comendo. [...] Eu não sei se a dificuldade [...] está dependendo de mim, não sei se é eu que não estou sabendo, alimentar ele, dar, incentivar a comer, não sei... Não sei se está partindo de mim. Isso, se depende de mim ou dele, né." (M4)

Muitas vezes é necessário adotar estratégias que garantam a aceitação da alimentação, sobretudo quando o bebê apresenta dificuldade em aceitá-la. Nestes casos, percebemos nas falas maternas a preocupação e o esforço, das mães para superarem este obstáculo. Para tanto, referem priorizar as preferências alimentares da criança, isto é: o que a mãe acredita que a criança

esteja manifestando, procurando assim, oferecer os alimentos da forma que ela melhor aceite:

"[...] e a respeito de escolher o que eu dar para ela, o que ela costuma gostar mais, é o que eu dou." (M1)

"Abóbora, ela adora abóbora, então tem que ter abóbora na comidinha dela [...] Aí, às vezes, assim, ela num tinha apetite para comer, aí eu pegava e dava mamadeira. Aí, mamadeira, ela já mamava mais. Aí, era assim, porque eu ficava com medo dela num comer e magrinha... eu fico doida!" (M13)

O emprego de práticas que contribuam para valorizar o sabor dos alimentos também é mencionado, tais como: o uso de espessantes (farinhas), açúcares e temperos, inclusive os caldos concentrados; a alternância das frutas oferecidas nos sucos, mesmo que num escopo limitado de escolhas e adição de carne à sopa:

"[Não aceita leite puro] Não, leite não. Só se eu misturar assim, no Mucilon®, por exemplo. Aí ela come [...]" (M7)

"Não, no começo eu num temperava [o chá], aí ela não gostava muito. Aí, depois, eu fui passando a colocar um pouquinho de açúcar, aí que ela foi tomando." (M13)

"[...] um pouquinho de mel. [...] Porque assim, sem um pouquinho de doce, ele, às vezes, não bebe. Acho que com um pouquinho de doce fica melhor, mais gostosinho." (M4)

"[...] desse Sazon®¹⁴ ou caldo Knorr®¹⁵ para dar um gostinho, porque eu acho que só o sal é muito sem graça." (M1)

"Muitas das vezes eu tiro uma beiradinha de um caldo Knorr® para dar um gostinho a mais, que criança na fase dele, com seis meses, ele quer sentir sabor. [...] Eu gosto de dar o suquinho de maracujá. Raramente, uma vez por semana, eu dou um de caju para não ficar assim repetindo, porque só maracujá, maracujá... aí não dá certo. Eu vou mudando..." (M12)

"Aí mais para frente também eu já comecei a colocar a carne, só que eu num dava a carne para ela, só para dar um gostinho!" (M14)

¹⁴ Sazon – tempero industrializado (caldo em pó) de sabores e aromas variados.

¹⁵ Caldo Knorr – caldo concentrado de sabores e aromas variados

Os temperos industrializados são formulados, a partir de uma mistura de ingredientes: sal, gordura, corantes, realçadores de sabor, aromatizantes, entre outros. São bastante utilizados no preparo de alimentos, em pequena escala (residência) ou em larga escala (restaurantes comerciais, institucionais etc.) por imprimirem novo sabor aos alimentos. Entretanto, são ricos em sódio e seu consumo, desde cedo, pode contribuir para a formação de hábito alimentar não-saudável. Portanto, é importante que este aspecto seja esclarecido junto às mães para que sejam evitados na alimentação infantil, orientando-as a darem preferência às ervas, tais como: a salsa, a cebolinha, o coentro, o manjericão e tantas outras que também ressaltam o sabor dos alimentos.

O uso de temperos industrializados caracteriza uma crença derivada (Tipo D) proveniente das campanhas publicitárias que valorizam este produto, quanto à praticidade e capacidade de melhorar o sabor dos alimentos. Estas propagandas atingem grande parcela da população que acabam incorporando este novo hábito, integrando-o em suas rotinas. Assim sendo, considerando o poder de abrangência da divulgação pela mídia, denota também uma crença de autoridade (Tipo C), proveniente das práticas observadas em outros lares, bem como as recomendadas por outras pessoas ao discutirem receitas e "segredos" culinários.

As mães expressam que as características sensoriais (cor, sabor, consistência, forma de apresentação, odor) devem ser levadas em consideração, no preparo da refeição, porque também influenciam a aceitação da alimentação, conforme se confirmam nas falas:

"[...] amasso [a sopa] e dou para ele, porque se bater no liquidificador ele não come." (M12)

"Massetava, amassava, né. Antes eu estava batendo no liquidificador, mas aí eu vi que estava muito rala e ela não estava querendo comer, aí eu passei a dar mais grosso para ela." (M3)

"[...] aí eu corto a pera, antes eu raspava, agora ele não gosta mais, ele já gosta que corta e vou colocando picadinho na boca dele. A banana eu descasco tudinho e entrego para ele, ele come. E a laranja a mesma coisa. Que tem criança que gosta que tira os gomos. Ele não, ele gosta que dá ela inteira. Aí ele vai chupando, chupando, aí, até a hora que ele enjoa e joga fora." (M11)

A preocupação com o aspecto visual da alimentação expressa uma crença popular, que pelo seu caráter cultural se estabelece como crença primitiva de consenso 100% (Tipo A), ao ser compartilhada com outros de forma generalizada. Revela a importância que a aparência da alimentação exerce sobre o julgamento da refeição: apetitosa, prazerosa ou não. Está em consonância com os preceitos da nutrição de valorizar as características sensoriais dos alimentos e se estabelece como uma crença de autoridade (Tipo C) que deve ser reforçada pelos profissionais de saúde, pelos benefícios que provém.

As mães buscam todos os recursos para melhorar o consumo de alimentos do bebê. Assim a mãe (M4), cujo filho apresentava dificuldade em aceitar os alimentos complementares referiu o uso de vários artifícios na tentativa de distrair a criança e melhorar a sua ingestão, tal como variar o local e as pessoas que ofereciam a comida, como se observa na fala:

"Ah, para te falar a verdade eu tento de todo jeito, para ver se ele come: na mesa, no chão, no sofá, de todo jeito... em pé! Faço de tudo! Agora quem está tentando dar a comida para ele é minha mãe [...] talvez eu não estando perto ele come. Talvez ela tentando dar, ele come a comidinha, mas nem assim está resolvendo, não." (M4)

Também foi exposto que a aceitação da dieta é menor, quando a criança está doente. Nestas situações, as mães mencionam a oferta dos alimentos que o bebê melhor aceita:

"Esses dias ele não está comendo nada porque ele está gripadinho. Ele está só no peito, ele não quer comer nada!... nada, nada..." "[...] eu faço é sopinha para ele, para vê se ele come porque ele está enjoado, de gripe, e não quer comer." (M5)

"[...] ela esteve doente, então não estava comendo muito bem. Então, agora está nascendo o dente, então, às vezes, ela não se alimenta muito bem, mais líquido, mais suco [...] só não foi tão bom porque desde os dois meses ela deu pneumonia. Começo de pneumonia. Aí, veio bronquite, então, essas coisas atrapalham muito para comer!" (M13)

"[...] aí essa semana ela já estava assim, ruinzinha da gripe, ela já não quis. Então agora, desse jeito que ela está, eu só dou fruta, sopinha no almoço e na janta e meu leite." (M10)

As recomendações para a alimentação da criança doente (Passo 10) expressam a importância de se estimular o consumo de alimentos, oferecendo a alimentação habitual da criança e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (BRASIL, 2002).

Outro aspecto evidente em relação à aceitação da alimentação pelo lactente, é que esta pode ser menor no início da introdução dos novos alimentos, uma vez que esta fase caracteriza-se pela descoberta de novos sabores. Portanto, é importante que a mãe seja informada que pode ocorrer do bebê não aceitar o alimento prontamente na primeira vez, pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor (BRASIL, 2002), como também que este processo de adaptação depende de cada criança, de forma que algumas se adaptam facilmente e outras requerem mais tempo (MINISTÉRIO..., 2002).

No presente trabalho, algumas entrevistadas mencionaram este comportamento conforme atestam os depoimentos:

"A primeira frutinha dela foi uma pera. Não gostou muito não, mas..." (M13)

"A comida [de sal], por exemplo, no começo ela rejeitou... mas outra foi mais fácil." (M6)

"Só porque ele num bebia, bebia só um pouquinho [de chá], fazia careta feia [...] assim, às vezes, eu dou [sopa] para ele e ele come bastante, mas às vezes não." (M9)

"Talvez seja por isso que ela não gosta mesmo, porque eu para te falar a verdade eu só ofereci [suco] de laranja para ela. [...] Talvez, ela não goste de laranja e eu não ofereci outro." (M1)

Segundo Dewey e Brown (2003) fatores independentes, tais como o apetite da criança, o comportamento alimentar dos cuidadores e as características da própria dieta podem influenciar a quantidade de alimentos complementares consumidos.

No estudo de Santos, Lima e Javorski (2007) a não-aceitação dos alimentos pela criança foi um dos motivos alegados pelas mães, para a introdução tardia da alimentação complementar.

Este ponto evidencia a importância do cuidador no processo de introdução de novos alimentos, pois pode ocorrer desistência quando a criança recusa o alimento, prejudicando o processo de condicionamento, pois para que a alimentação seja aceita, não basta apenas ser percebido sensorialmente (cor e aroma), é preciso que o bebê prove o alimento, mesmo que inicialmente em quantidades mínimas (RAMOS; STEIN, 2000).

A respeito da alimentação e da formação dos hábitos alimentares, ressaltamos que a preferência por certos alimentos é determinada por um processo de aprendizagem que começa bem cedo, no primeiro ano de vida. Ao iniciar-se a alimentação complementar é comum a criança recusar os alimentos novos, pois não está acostumada a este sabor. Desta forma, é preciso que seja

oferecido novamente, cerca de oito a dez vezes, para que seja aceito pela criança. Todavia, se os pais ou responsável pela criança não receberem esta informação, podem interpretar esta atitude como uma aversão e não oferecer estes alimentos novamente à criança (BIRCH, 1999).

Além disso, os pais quando mal informados podem adotar algumas estratégias inadequadas, como as ameaças, as recompensas ou os castigos no intuito de melhorar a ingestão alimentar das crianças (BRASIL, 2002).

Destacamos que os depoimentos não apresentaram um consenso quanto ao modo de introduzir os novos alimentos à criança. Algumas mães referiram oferecer cada alimento em separado para que a criança fosse se acostumando com o sabor, enquanto outras não tinham esta prática e os introduziam ao mesmo tempo:

"[...] eu dou separadinha. Eu ponho a cenoura e amasso a cenourinha e dou a cenourinha para ele. Aí ele come. Aí ponho um pedacinho de beterraba, ponho e amasso e dou para ele. Depois eu ponho a batatinha e o caldo de feijão [...] eu dou uma de cada vez. Eu não ponho tudo junto não, senão não sente o sabor de nenhum." (M5)

"Ela [a médica] falou assim: quando você for dar... Só que eu já não faço isso, eu não pratico, porque eu gosto de misturar tudo. Aí ela falou: quando você for dar você vai por a batatinha de um lado, a beterraba de outro, a cenoura de outro, o couve de outro e vai dar um pouquinho de cada. Só que eu já mexo tudo para ele sentir o gosto de tudo." (M11)

Segundo o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2002) os alimentos não devem ser muito misturados e quando for oferecida mais de uma fruta ou vegetal, por refeição, estes devem ser colocados no prato em porções separadas para que a criança possa distinguir melhor o paladar, pois está em processo de descoberta de sabores e textura.

Neste sentido, o cuidador assume grande responsabilidade nas práticas alimentares infantis, uma vez que a atitude da pessoa que alimenta a criança pode influenciar os hábitos alimentares.

Outro aspecto relacionado ao cuidador refere-se ao entendimento que ele tem da alimentação complementar, como ponto de partida para subsidiar condutas dos profissionais.

É válido destacar que, em geral, a água e chá não são considerados como alimento pela população. Em vários depoimentos notamos que ao perguntar à mãe quais os alimentos que seu filho recebeu antes dos seis meses, elas não mencionaram tais alimentos, porém mais adiante, no decorrer da entrevista se lembravam e comentavam que os ofereceram antes dos seis meses, conforme revela a fala:

"[...] eu também esqueci que eu já tinha dado [chá]." (M1)

Situação semelhante foi relatada no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2002, p.65): "embora as mães respondessem que o aleitamento materno exclusivo é alimentar o bebê somente ao peito, elas informavam que davam chás e água porque não consideravam esses como alimentos".

Esta condição também foi descrita por Sousa et al. (2008) com mães moradoras da Região Noroeste de Goiânia. Ao serem questionadas sobre como pretendiam alimentar seus filhos, as mães referiram o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses, ou seja, que o único alimento que o bebê receberia seria o leite materno; contudo, também mencionaram à

pretensão de oferecer, água e chá, já nos primeiros seis meses de vida do bebê.

Osis et al. (2004) ressaltam que algumas mães entendem como aleitamento materno exclusivo a condição na qual a criança esteja mamando o leite da mãe, independente de estar comendo frutas e/ou tomando sucos.

Tal fato representa um alerta para que os profissionais de saúde sempre se certifiquem de que a mãe está, realmente, tendo o mesmo entendimento que eles para que não haja problemas de comunicação, pois o início de práticas desfavoráveis para a nutrição do bebê pode ocorrer a partir deste equívoco.

O chá e a água foram os alimentos complementares oferecidos mais cedo, na maioria das vezes, antes dos seis meses. Houve casos que logo nos primeiros dias o chá foi introduzido na tentativa de “acalmar a criança”. Usualmente os chás eram: camomila, erva-doce, erva-cidreira, noz-moscada, mentrasto e poejo.

As falas abaixo expressam estas práticas:

“[Dei chá] Desde quando chegou em casa... da maternidade, desde novinha. [...] Até os três meses. [...] Chá de erva-cidreira, chá de erva-doce [...] noz-moscada [...]” (M10)

“[Dei chá] Nos primeiros dias de nascida, porque ela deu cólica [...] Aí eu dei chá de erva-doce para ela, para passar a cólica. É, tinha uns vinte dias. De quinze a vinte dias de nascida.” (M6)

“Chá de camomila, chá de funcho, chá de erva-doce. [...] Ela já começou a tomar chá desde o primeiro mês dela. [...]” (M13)

“Uai, para cólica, aí eu dei chá caseiro. [...] Dei muito chá mesmo. [...] Foi a partir dos três meses, dois meses, acho que foi dois meses e meio que ela começou a sentir essas cólicas dela. [...] chá de poejo, chá de mentrasto [...] de funcho [...] chá de erva-doce [...]” (M7)

Houve relato de oferta de chá de hortelã para tratar a tosse, de crianças com mais de seis meses de idade:

"[...] dá um chazinho para ela que aí ela para de tossir. Dei agora que esses dias ela tava tossindo e eu achei que ela estava... que ela ia gripar. Dei um chazinho de hortelã... hortelã miúdo [...] Ela já tinha nove... oito meses." (M1)

No estudo de Stefanello (2008) as mães também mencionaram oferecer chá, logo após o nascimento, para aliviar as cólicas ou para substituir algum remédio para tosse.

Com relação à variedade e tipos de ervas utilizadas para o preparo dos chás, Mennella et al. (2005) relataram comportamento similar entre mães de quatro regiões do México, que representam a diversidade da culinária existente no país. Com exceção de uma região, observou-se que o uso de chá é um hábito que se mantém por toda a infância, entretanto, o tipo de erva difere, entre estas regiões. Em Monterrey e Poza Rica utilizam-se mais a camomila, e em Juchitán a hortelã e a erva-doce.

Prosseguindo com a introdução de outros alimentos, as mães disseram que depois do chá, ofereceram água, em idades variadas:

"Dois meses para frente eu já dei água para ela. [...]" (M7)

"Aí depois comecei a dar água na chuquinha para ela acostumar a tomar. [...] Com dois meses e pouquinho, mais ou menos... quase três meses." (M13)

"Três meses... eu comecei a dar água." (M15)

"Lá pelos quatro meses dela, aí ela começou a tomar água. [...]" (M2)

"Cinco meses! [...] comecei a introduzir a água. [...]" (M14)

Estudo de Brunken et al. (2006) evidenciou mais a oferta de chá do que a de água. Contudo, em torno do trigésimo dia, a água passa a ser mais

consumida que o chá. O consumo de chá declina ao longo do primeiro ano de vida, porém cerca de 30% das crianças ainda o consomem.

A introdução precoce de água e chá é um hábito bastante difundido e aceito pela população em geral e os motivos, em grande parte, são decorrentes de crenças populares, onde o chá é visto como uma bebida com propriedades terapêuticas, no combate às cólicas, enquanto a água reflete hábitos culturais que a associam à hidratação, indispensável ao bebê para sua (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004). Além disso, esta prática pode ter suas origens no período colonial quando as africanas que serviam como amas eram obrigadas a optar por dietas alternativas para seus filhos, pois o leite materno era destinado aos filhos dos europeus (FREYRE, 2000).

No presente estudo, depreendemos das falas que as mães utilizam o chá no tratamento das cólicas e se apoiam na cultura popular fortemente arraigada no seu contexto social. Em alguns casos, esta crença emerge como primitiva de consenso 100% (Tipo A), pois é referendada por pessoas de seu convívio, em outros representa uma crença de autoridade (Tipo C), advinda das avós, das mães e das pessoas mais experientes. Estas crenças, são difíceis de serem mudadas e como são coincidentes, estabelece-se um sinergismo e elas se reforçam mutuamente:

“Porque o povo falava que era bom, melhorava [...] eu dava e parava as cólicas. Aí, quando ela dava cólica eu dava o chá de novo.” (M2)

Porém, houve casos em que a mãe ofereceu o chá, e como não se produziu o efeito esperado - diminuir as cólicas - ela, então, muda de atitude e não o oferece mais, pois sua crença foi modificada:

"[...] mas depois que ela passou à cólica, que eu encontrei o remédio que fez passar a cólica, sem ser o chá, que não foi o chá. Não resolveu em nada, aí eu parei e nunca mais dei chá para ela." (M1)

"É porque todo mundo fala: nossa para meu filho foi ótimo. E ela estava sofrendo com cólica e é muito ruim ver ela sofrendo e nada resolvia. Eu fui e dei um pouquinho de chá. Mas não resolveu e não dei mais." (M10)

Segundo Rokeach (1981), mudança de atitude é uma alteração na predisposição para agir, que pode ocorrer pela modificação na organização/estrutura das crenças ou no conteúdo de uma ou mais crenças presentes na organização da atitude. Neste caso, o agente responsável por esta mudança é a própria experiência materna, pois ela vivencia todo o processo: usa o chá e avalia o seu efeito no organismo da criança. Assim, a partir da mudança no conteúdo, o sistema de crenças é atingido e modificado.

Em Cameroon, na África, Kakute, Kroll e Ngwang (2005) investigaram as barreiras culturais para o aleitamento materno exclusivo. Detectaram que todas as mães ofereceram alimentação complementar antes dos seis meses de idade, sendo que 38% introduziram água no primeiro mês de vida. Entre os fatores sociais que influenciaram as decisões maternas incluem-se: pressão familiar e dos moradores mais velhos da região, por ser uma prática tradicional; crença de que o leite materno é um alimento incompleto e o tabu de proibição de relação sexual, durante a amamentação.

Estudo sobre as práticas alimentares, em lactentes, em Rio Branco (AC), demonstrou que apesar da amamentação inicial apresentar alta prevalência (96%), 45% dos lactentes são desmamados antes dos seis meses de idade, e a

água é introduzida precocemente (62%, no primeiro mês), com a justificativa de prevenir a desidratação, devido ao clima quente da região (WAYLAND, 2004).

Simon, Souza e Souza (2003) avaliaram a introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas em São Paulo e verificaram que a idade mediana de introdução de água e chá foi de 28 dias, com associação estatisticamente significativa entre mães com nível superior de escolaridade e a introdução mais tardia de água e chá.

Outro estudo, realizado na cidade de Feira de Santana (BA), revelou que no primeiro mês de vida, o percentual de crianças amamentadas que já recebiam água, chá e suco foram respectivamente: 7,3%, 23,2 e 2,7%. Segundo os autores, houve uma equivalência no consumo de chás entre as crianças amamentadas e não-amamentadas, no primeiro ano de vida, bem como menor ingestão de água e suco. Estes dados reforçam a convicção de que as mães que oferecem chás aos seus filhos têm como objetivo principal a medicação e não a nutrição infantil, atendendo assim, a fatores culturais que preconizam o uso de chá como remédio (VIEIRA et al., 2004).

Segundo Daniel e Cravo (2005), no senso comum encontram-se informações sobre alimentos que podem resolver ou até evitar problemas de saúde. Nesta ótica, o uso de chás de erva-doce (*Pimpinella anisum L.*) e camomila (*Chamomilla recutita*) é recomendado como tratamento e/ou prevenção da cólica abdominal do recém-nascido.

De acordo com Bueno et al. (2003), o Brasil é um dos países da América Latina com menor prevalência de amamentação exclusiva, nos primeiros meses de vida. O problema da introdução precoce da água e do chá tem sido

ênfâtizado por outros estudos (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; MENELLA et al., 2005; PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; PELEGRIN, 2008; SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; VIEIRA et al., 2004; WAYLAND, 2004).

Em sântese: a introdução precoce de água e chá expõe a criança a vários riscos que podem refletir na duração do aleitamento materno, na possibilidade de ocorrência de diarréias e carências nutricionais, mesmo que a mãe ofereça esses líquidos em copos. O consumo de água está associado à qualidade da água, e também pode diminuir a quantidade de leite ingerido, por conferir a sensação de saciedade ao bebê. O chá pode estar relacionado ao uso de adoçantes que têm componentes que prejudicam a biodisponibilidade de nutrientes como: o ferro e o zinco (BRASIL, 2002; WHO, 1998a). Estes fatores podem agir isoladamente ou de forma associada, de acordo com o contexto, e podem exacerbar ainda mais a condição de vulnerabilidade do recém-nascido.

As crenças relacionadas ao chá e a água emergem como crença primitiva de consenso 100% (Tipo A), que vem se perpetuando ao longo dos tempos, e que está presente em nosso país e em outros, conforme a literatura apresentada acima. São crenças bastante consolidadas e difundidas, que se relacionam com o bem-estar da criança – diminuir a cólica e matar a sede, e dado ao caráter protetor inerente da maternidade, as mães não conseguem enxergar os riscos que podem advir da introdução precoce destes alimentos.

Em relação ao contexto da alimentação, depreendemos dos depoimentos maternos que geralmente a criança é alimentada pela própria mãe, com exceção de dois casos em que estas trabalhavam fora e os bebês ficavam sob

os cuidados de outras pessoas. As mulheres que moravam perto de suas mães referiram a ajuda das mesmas:

"Sou eu [quem dá a comida para o filho]." (M9)

"Agora quem está tentando dar a comida para ele é minha mãe." (M4)

A presença do pai também foi mencionada, no momento das refeições:

"Ah, [estão presentes] sempre os de casa mesmo, eu, meu esposo, minha filha, a filha dele." (M4)

"Ah, [na hora da alimentação da criança] está eu, minha mãe, meus irmãos... Na janta, às vezes, está meu marido, também, que ele chega um pouco tarde." (M10)

"Eu, o pai dela e ela. Geralmente, o pai está porque ele almoça em casa e eu também almoço em casa." (M14)

Quanto ao lugar onde a criança é alimentada não existe um local específico, mas os mais citados foram: a cozinha e a área externa da casa (quintal):

"Eu sento lá na mesa [apontou a cozinha] e ponho a vasilhinha lá e vou dando comida para ele." (M5)

"Geralmente eu gosto [de dar a comida para a filha] lá fora. Lá na área." (M7)

"Ou na sala ou na área. Às vezes eu dou lá na minha mãe também, na casa dela." (M10)

"Não, não, às vezes ela come na sala comigo, às vezes ela come na cozinha. Não tem assim, um lugar certo pra ela comer todo dia." (M13)

O ato de alimentar-se vai muito além de saciar o instinto da fome. O espaço social alimentar é definido em seis dimensões e uma delas, o espaço dos hábitos de consumo, representa o conjunto de rituais que cercam o ato de se alimentar (o quê, quando, com quem, onde e como deve comer); (número de refeições, formas, horários, contextos sociais, uso ou não de talheres). Assim, a comensalidade está presente em todas as relações sociais humanas,

apresentando sempre uma dimensão cultural (DANIEL; CRAVO, 2005). Nesse contexto, a participação efetiva dos pais ou cuidadores, na orientação das crianças, durante o processo de socialização é essencial para a formação do padrão alimentar (RAMOS; STEIN, 2000).

Segundo Giard (1996, p.250):

Comer serve não apenas para manter a máquina biológica do nosso corpo, mas também para concretizar um dos modos de relação entre as pessoas e o mundo, desenhando assim uma de suas referências fundamentais no espaço-tempo.

No presente trabalho pudemos observar comportamentos que contribuem para a socialização da criança, seja pelo convívio familiar, no momento das refeições (presença do pai, dos irmãos e outros familiares), pela oportunidade dada à criança para que aprenda a comer sozinha ou em utilizar utensílios (pratos maiores e de vidro) geralmente destinados aos adultos, assim como para descobrir as texturas, os aromas e os sabores:

"Só que agora ela está querendo comer sozinha. Aí não tem jeito. Aí, eu dou um pouco para ela e ponho ela para comer sozinha." (M13)

"Ela nem derrama tanto mais [quando segura o copo]." (M14)

"[...] Para acostumar ela também. Eu pensava assim: depois que ela ficar grande ela vai querer comer só nesse pratinho, então vou acostumar logo nesse prato grande [de vidro] para não acostumar ela mal." (M6)

"Do jeito que eu estou criando ele, eu sei que ele vai comer de tudo, vai comer uma cenoura, uma salada. Com certeza, porque se você não ensinar, desde o berço, depois de grande não adianta não." (M12)

O uso de utensílios (pratos, talheres e copos), específicos para o bebê foi

quase unanimidade, entre as entrevistadas:

"Ela tem uma vasilhinha de plástico e a colherzinha pequenininha. Aí eu ponho nessa vasilhinha de plástico e amasso com essa colherzinha pequenininha que é só dela." (M7)

"Numa vasilhinha de plástico que ele ganhou, azulzinha que minha irmã foi lá e comprou. Veio a colherzinha e a baciinha." (M12)

"No pratinho [...] Que a gente compra para criança comer, o lugarzinho da comidinha, o lugarzinho do copo de suco... plástico... rosa." (M13)

Apesar de muitas mães utilizarem o copo para oferecer a água e outros líquidos para as crianças, havia também as que empregavam mamadeira e chucas:

"Eu dava [água] na mamadeira, na chuquinha." (M6)

"[...] punha [água] na chuquinha dela [...] aí eu dou tudo [líquidos] na chuquinha dela [...] [dava chá] Na chuquinha também ou senão na mamadeira." (M2)

"Às vezes era mais a chuquinha do que a mamadeira porque a mamadeira é difícil de sugar e a chuquinha não, é mais fácil." (M9)

"[dava suco] Na mamadeira." (M3)

A mãe M14 expôs que sempre evitou a mamadeira e a chuca, pois temia que o uso destes utensílios pudesse contribuir para o desmame:

"Não, nem tentei... eu tinha um medo de dar chuquinha ou mamadeira e ela não querer nem ver o peito mais. Eu nunca ofereci. Eu acho que foi por isso que ela não quis mamadeira, nem chuquinha, ela nunca teve vontade." (M14)

A preocupação manifestada por esta mãe é pertinente, pois, apesar da prática bastante difundida, a utilização desses utensílios deve ser desencorajada por acarretarem prejuízos ao bebê: risco de contaminação, comprometimento do aleitamento materno e interferência na dinâmica oral (BRASIL, 2002; WHO, 1998b).

Em pesquisa, nesta mesma região, Sousa et al. (2008) verificaram que 50% das mães tinham a intenção de oferecer mamadeira aos filhos, das quais 32,2% pretendiam fazê-lo, no primeiro mês de vida. Após o primeiro mês de

nascimento foi observado que 34,5% das mães utilizavam a mamadeira. Esta prática – mamadeira como utensílio para oferecer outros alimentos ao bebê – apresentou uma evolução gradativa no primeiro ano de vida: 57,0% (quarto mês), 68,6% (sexto mês), 84,1% (décimo segundo mês).

Algumas mães demonstram insegurança por ser a primeira experiência – o primeiro filho, enquanto outras, na mesma situação – primíparas –, se mostram mais confiantes, fortalecendo-se justamente por ser a primeira oportunidade de desempenhar o papel de mãe e de tomar suas próprias decisões. Há também aquelas que encaram esta fase com mais tranqüilidade e buscam referências em vivências anteriores, em geral decorrentes das experiências com os filhos mais velhos ou crianças que fazem ou fizeram parte do convívio familiar e social. Assim, dependendo do comportamento do bebê, observam-se: ansiedade, dúvida, tranqüilidade e segurança.

A angústia, a dúvida e o medo de cometerem erros, expressos pelos depoimentos das mães podem advir da inexperiência ou mesmo de alguma experiência ruim que deixou marcas que remetem ao sofrimento vivenciado anteriormente. Esta última situação é observada claramente na entrevista da mãe M14, que ao recordar-se de uma infecção intestinal que acometeu sua filha mais velha, revive a situação pregressa, manifestando sua emoção por meio de lágrimas e voz embargada:

"Com a minha primeira filha eu tive muita dificuldade sobre isso porque eu num tinha experiência e... quando eu tive minha primeira filha, ela... com um mês meu pai faleceu e meu leite veio a secar. Aí eu peguei... como eu num tinha experiência, peguei e dei leite de vaca para ela. Aí ela foi e deu infecção de intestino. Aí com a Yasmin eu fui e fiquei com medo." (M15)

Outros estudos (NAKANO et al., 2007; STEFANELLO, 2008), também relatam que as mulheres referiram que o “leite secou” devido a problemas emocionais, pois acreditam que existe relação entre a produção de leite e o estado emocional.

Esta crença é construída a partir das experiências subjetivas das próprias mães, caracterizando uma crença de consenso zero (Tipo B).

A primiparidade pode representar um determinante de insegurança para as mães, visto que o processo de tomada de decisão pode gerar conflitos, quanto à escolha de quais informações devem ser seguidas: as orientações dos profissionais de saúde ou os conselhos das pessoas mais velhas (BRASIL, 2002). Ao contrário, a presença de filho anterior demonstra a oportunidade de aprender, pela prática e conhecimento obtidos, durante a orientação de saúde, anteriormente vivenciada. Além disso, o aprendizado sobre a alimentação infantil pode ser adquirido pela experiência de vida e da observação de alguém do convívio familiar preparando alimentos para bebês (TAKUSKI et al. 2006).

Tais fatos foram observados no presente trabalho, conforme expressa os depoimentos:

“[...] porque primeiro filho a gente não tem certeza o que pode dar e o que não pode. [...] É um pouco difícil porque... igual, eu nunca tive filho, tem hora que a gente num sabe.” (M5)

“[...] acho que veio de mim mesmo, porque eu já tive a primeira... já sabia mesmo... vem desde a primeira mesmo... da primeira menina... [...] Mas eu sempre procuro a fazer... o básico mesmo, o que eu já estou mais acostumada, o que eu aprendi com a minha menina, mesmo, quando ela veio.” (M4)

“Pela minha vivência, pelas coisas que eu já vi. Porque é minha primeira filha, mas antes eu já estive perto da criação de sobrinhos, de afilhados. Então, você vai vendo aquilo que é mais comum no atendimento das pessoas que estão ao seu redor. Eu acredito nisso, que eu já vi que eu sei que dá certo que não fez mal.” (M14)

Salve (2008) também observou que a autonomia e segurança da mãe quanto às decisões acerca da alimentação do lactente foram norteadas pelas experiências prévias com outras crianças.

Assim, é importante destacar a responsabilidade da mãe, enquanto cuidadora, neste processo. A literatura tem demonstrado que os cuidados maternos exercem forte impacto na saúde da criança e podem estar relacionados às informações recebidas, à idade e escolaridade maternas e ao tempo dispensado para essas atividades (DAELMANS; MARTINES; SAADEH, 2003; MINISTÉRIO..., 2002; PELTO; LEVITT; THAIRU, 2003).

Entretanto, segundo Badinter (1985), o amor materno não é um sentimento inato, mas sim desenvolvido e adquirido historicamente a partir do contexto socioeconômico vivenciado, pois o interesse e a dedicação à criança nem sempre estiveram presentes em todas as épocas e lugares. Este sentimento variou ao longo dos tempos, em função da cultura, das ambições ou frustrações maternas. O sentimento observado na atualidade é resultado da evolução social, iniciada a partir do século XIX, haja vista que os dados históricos revelam que nos séculos XVII e XVIII, o conceito do amor da mãe aos filhos era outro e as crianças eram criadas por amas.

No século XIX, ocorre a descoberta do papel feminino na reprodução e a valorização da mulher. Assim sendo, a construção social em torno do feminino ganhou importância, ao contrário do século XVIII, quando se dava maior ênfase ao sexo masculino. A mulher tomou-se, então, um dos principais focos de interesse da medicina social, preconizando que a ela cabe a condição de

responsável pela sobrevivência e pela saúde dos filhos. Desse modo, as mães deviam cuidar pessoalmente de seus filhos (NAKANO, 2003).

No contexto do presente trabalho, esta evolução histórica foi observada, uma vez que a proteção materna foi uma característica peculiar às mães, sendo referida, inclusive, com relação aos outros filhos:

"Para mim fazer o bom [comprar alimentos variados] para ele eu tenho de fazer para os outros três..." (M12)

Houve situações relatadas em que o prazer relacionado com o cuidado à criança, no contexto da maternidade, é algo inexplicável: coisa de mãe...

"Ah, eu acho que é coisa de mãe, porque tudo que eu vejo eu quero comprar para ela. O que eu posso eu compro. Então eu acho bonitinho ela ter o prato dela. É uma gracinha... A gente é tão boba, né... quando tem filho." (M10)

"É dele que eu comprei [o pratinho] Acho que porque é o primeiro filho e tem mais ... enjoão, sei lá... Acho que é por causa disso!" (M9)

Os depoimentos acima expressam crenças de consenso zero (Tipo B), que envolvem percepções pessoais, própria de cada mãe, desenvolvidas no convívio com seus filhos, na vivência da maternidade. A fala da mãe M10 *"eu acho bonitinho ela ter o prato dela. É uma gracinha..."* representa uma crença inconsequente, Tipo E, pois se associa a uma questão de gosto: achar o prato cuidado de providenciar utensílios específicos para a alimentação da criança, todavia, pela sua natureza periférica, se for mudada haverá pouca ou nenhuma implicação no sistema de crenças.

5.2.2 Sensibilidade da criança

A alimentação complementar representa o início das experiências sensoriais do bebê e, como tal deve estar adequada às necessidades deste pequeno ser, cujo organismo ainda se encontra em processo de crescimento e desenvolvimento. Desta forma, é preciso que seja inicialmente preparada especialmente para o bebê, o que implica em cuidados especiais na manipulação dos alimentos, do ponto de vista dietético e higiênico. As mães, preocupadas em garantir que seus filhos cresçam saudáveis, assumem para si a responsabilidade de preparo dos alimentos e procuram atender as especificidades inerentes à tarefa.

Em relação aos cuidados dietéticos, depreendemos das falas maternas que a alimentação do bebê não pode ser muito temperada, tem que ser com pouco sal e óleo, um tempero mais "sonso":

"Não fica salgado, não, fica mais sonso um pouquinho." (M4)

"É mais sem sal, né. A comida... assim para ela é mais sem sal. Eu faço é mais sem sal." (M7)

"Eu acho também que é o normal por pouco sal, porque mesmo a gente que é adulta num pode comer muito sal, imagine uma criança que não sabe dizer quando está com sede, que a comida muito salgada dá muita sede. E eu acho que colocar muito óleo pode causar, sei lá, uma diarreia, alguma coisa assim." (M10)

Para o preparo da sopa ou da comida da criança, ainda separada daquela da família (chamada pelas mães de "comidinha"), foi mencionado o uso de temperos básicos: alho, sal e o óleo. Algumas mães usavam ainda, cebola e outros condimentos como: açafrão, cominho e evitavam a pimenta e o extrato de tomate.

"Aí, eu não coloco extrato! Eu coloco mais é açafão, um pouquinho de açafão, às vezes nem coloco." (M11)

"[...] aquele Arisco¹⁶ que a gente compra, a cebola, o cominho – eu não vou dizer que eu não ponho -, o coentro - eu compro e ponho. Eu não ponho é pimenta." (M5)

"Uso o alho mesmo, só alho. Alho com sal e, às vezes, cebola, mas não é todas às vezes não. Só! [...] Eu coloco óleo!" (M7)

"[...] colocava só um pouquinho de sal e um pouquinho de óleo. Não usava outros temperos não." (M14)

"Óleo, sal, alho. [...] evitando colocar pimenta [...]" (M4)

O açúcar e mel foram referidos como adoçantes para chás e sucos:

"Às vezes eu usava açúcar, mas bem pouquinho, mas quando eu num tinha o mel." (M10)

"Colocava mel. Pouquinho mel..." (M7)

Os depoimentos maternos são veementes quanto à quantidade de sal, óleo e açúcar, adicionados aos alimentos/preparações, sempre enfatizando que eram empregados com moderação:

"Ah! É muito pouco! Acho que dá para contar os grãosinhos [de açúcar] lá." (M14)

"Bem pouquinho açúcar." (M4)

"Um meio alho, massetava ele e um pouquinho de sal e um pouquinho de gordurinha, bem pouquinho." (M3)

"Eu colocava pouquinho tempero, pouquinho de alho com sal e um pouquinho de óleo, só isso [...]" (M6)

Esses condimentos são difíceis de mensurar e a quantidade considerada moderada para uma pessoa pode ser distinta para outra, pois, a adição desses condimentos sem medida, de acordo com o gosto de quem prepara, é uma prática bastante comum. As falas abaixo revelam essas práticas:

"Não, não sei te falar assim certamente a medida [de açúcar]... é porque aqui eu, geralmente o meu suco já é sem açúcar, aí eu já coloco para ela assim nesse estilo, mais sem açúcar. [a quantidade de sal usada] É uma pontinha na ponta da colher [...] Geralmente, eu coloco bem sem sal para ela, não é assim temperadinha, coloco mais para sem sal." (M7)

"[medida de açúcar usada no chá] [...] um pouquinho de açúcar, bem pouquinho mesmo, aquela colherzinha pequenininha, assim, bem a pontinha mesmo." (M1)

"[...] Pouco!... Só no arroz que eu exagero um pouquinho no óleo. [...] Coloco o mínimo, mínimo, mínimo... [de açúcar]. O mínimo que eu puder colocar, eu coloco. Tem vez que eu até esqueço [...]" (M11)

"Eu colocava um tiquinho de açúcar. Em todos os sucos que eu dava eu colocava um pouquinho de açúcar." (M15)

O uso do óleo vegetal no preparo dos alimentos infantis é importante, porque é uma fonte de ácidos graxos essenciais e de energia, e melhora o sabor e a consistência dos alimentos (LACERDA; ACCIOLY, 2005).

Quanto ao mel, o consumo deste alimento não é indicado antes de um ano de idade, como prevenção do botulismo, pois pode estar contaminado com esporos de *Clostridium botulinum*, e como o organismo infantil, devido à imaturidade imunológica, é mais susceptível, há o risco de contaminação (MONTE E GIUGLIANI, 2004), embora esta possibilidade ainda seja pouco divulgada.

Estudo de Oliveira et al. (2005) sobre a alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida revelou que o consumo de gorduras (óleo e margarinas) foi inexpressivo, correspondendo a cerca de 0,6g. Por outro lado, o açúcar de cana foi o segundo item em importância no consumo de crianças com menos de seis meses, compondo a dieta de 57,5% das crianças, com a

¹⁶ Arisco – tempero industrializado, preparado com alho e sal

quantidade média diária de 16,1g/dia. Na faixa etária de seis a doze meses de idade, este alimento esteve presente no cardápio de 79,5% das crianças, com uma ingestão média de 23g/dia.

Aquino e Philppi (2002) relataram que o consumo de açúcar foi influenciado pela renda, porém de maneira inversa aos outros alimentos industrializados, haja vista que a quantidade consumida foi maior entre as crianças de famílias de menor poder aquisitivo.

Pesquisa realizada por Mennella et al. (2005), no México, evidenciou que cerca de 50% das mães adicionavam adoçantes nos chás oferecidos às crianças. Houve variação quanto ao tipo de adoçante empregado, xarope de milho ou açúcar, dependendo da culinária da região.

Pelegrin (2008) relata que 30% das crianças menores de seis meses receberam líquidos com açúcar e, para as maiores de seis meses, este percentual foi de 50%.

Em Cuiabá, Mato Grosso, Brunken et al. (2006) destacam que 1% das mães ofereceram água com açúcar para os seus filhos no primeiro dia, em casa. No presente estudo não houve relato desta prática.

A preocupação com o consumo do açúcar e do sal está presente no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, no Passo 8: "Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação". Além disso, é recomendado que o açúcar seja introduzido somente após um ano de idade (BRASIL, 2002, p.90). Assim, considerando que o início da formação dos hábitos alimentares ocorre nessa idade e, que as crianças, futuros adultos,

tendem a preferir os alimentos da forma como eles foram inicialmente apresentados, a oferta de alimentos, com baixos teores de sal e sem a adição de açúcar, é uma prática recomendável (FLORES-HUERTA et al., 2006; WHO, 2000), e pode contribuir para a formação de hábito alimentar saudável na vida adulta. Isto demonstra que as mães estão na direção certa ao se preocuparem em controlar as quantidades utilizadas.

Flores-Huerta et al. (2006) destacam que a alimentação complementar é uma oportunidade para ampliar a descoberta de uma gama de sabores e que não é recomendada a adição de açúcares aos alimentos destinados aos bebês, pois deve-se respeitar o sabor natural dos alimentos.

A crença de que a alimentação infantil deve ser menos condimentada, sem pimenta e com pouco sal e óleo, emerge como uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B), pois conforme se observa nos discursos maternos é proveniente das percepções da própria mãe. Porém, pode ser uma crença de autoridade (Tipo C), se for proveniente das recomendações dos profissionais de saúde e/ou das pessoas do convívio social destas mães. Existe também a possibilidade de ser uma crença Tipo A (consenso 100%), se compartilhada com o meio social em que as mães se inserem. As informações acerca dos riscos associados ao consumo de alimentos ricos em sódio podem também contribuir para a disseminação desta crença. Entretanto, a prática revela algumas contradições: ao mesmo tempo em que as mães mencionam o cuidado com a quantidade de sal e de óleo, também referem o uso de caldos industrializados, que, conforme já comentamos, são ricos em sódio e

inadequados para a alimentação infantil. Talvez isso ocorra pela falta de conhecimento materno a respeito da formulação do produto.

Quanto ao açúcar, as mães associam o seu emprego com a melhora do sabor e não percebem o prejuízo que acarreta. Apesar de referirem o uso em quantidades mínimas, o que é um dado muito subjetivo, depreende-se dos depoimentos que este hábito é bastante frequente.

Tal crença pode ser advinda da popularização do açúcar no nosso país, que tem suas origens na colonização, no ciclo da cana de açúcar, quando este produto era muito abundante e associava-se à fartura e *status*. Deste modo, pode ser considerada uma crença de consenso 100% (Tipo A), pois ainda é amplamente compartilhada pela população, conforme indicam os resultados das pesquisas sobre consumo alimentar, no Brasil (IBGE, 2004).

Os cuidados com a consistência dos alimentos também foram mencionados nos relatos maternos. Para adequar a consistência da alimentação às necessidades das crianças, usualmente, as frutas eram amassadas ou raspadas na colher:

"[...] eu dou bananinha amassada." (M1)

"As frutas eu rapo na colherzinha." (M4)

Os vegetais eram cortados em pedaços pequenos, cozidos e amassados com garfo ou colher para adquirirem consistência pastosa:

"[...] as verduras eu cortava miudinho e [...] colocava na panela de pressão e amassava para ela. As primeiras eu passava na peneira, aí depois só bem amassadinha com o garfo. [...] eu amasso, é mais pastoso, mas não é assim... não é muito líquido. É mais pastoso para mais durinho assim... Amassado... no garfo." (M14)

Em raros casos foi mencionada a prática de liquidificá-los:

"[...] só que eu sempre eu bato no liquidificador [...] o feijão quando eu cozinhava no dia, aí eu colocava um pouquinho no liquidificador, batia junto com as verduras, bem batidinho e dava pra ela." (M15).

"[...] cozinho a batatinha com a cenoura, beterraba, coloco um pouquinho de macarrão, ovo também já coloquei, arroz com caldinho de feijão e bato no liquidificador e dou para ele, só aquela sopa mesmo." (M9)

Stefanello (2008) investigou as práticas maternas da alimentação complementar de lactentes e também observou a oferta de alimentos liquidificados.

As recomendações acerca da consistência da alimentação complementar estão contidas no Passo 5 do Guia Alimentar (BRASIL, 2002). Para que os alimentos adquiram a consistência pastosa, mais espessa, deve-se orientar que a cocção dos alimentos seja feita em quantidade de água suficiente para tomá-los bem macios, evitando-se que sobre muita água na panela, e em seguida, amassá-los com garfo até a consistência de papa/purê, não sendo necessário passá-los pela peneira. A prática de liquidificar os alimentos é contraindicada, pois o bebê está aprendendo a distinguir a consistência, o sabor e as cores dos novos alimentos e se forem liquidificados não estimulam a mastigação (MINISTÉRIO..., 2002).

Portanto, ressaltamos a importância de esclarecer as mães estes aspectos e desencorajar o uso do liquidificador. Destacamos também que, o processo de liquidificação pode interferir no odor e na aparência do alimento, trazendo prejuízos do ponto de vista sensorial, uma vez que haverá uma mistura de aromas e o aspecto visual será o de uma preparação muito

amolecida. Além disso, há risco de ocorrência de contaminação alimentar, pois a limpeza do liquidificador implica em maiores cuidados: retirada de todos os resíduos de alimentos das partes internas do equipamento.

Foi referido o receio de oferecer alimentos duros, e os que pela sua estrutura/forma associam-se a episódios de engasgos:

"Muitas vezes eu vejo que é assim uma coisa... muito dura, aí eu falo assim: não, isso não pode!" (M7)

"Uva eu nunca dei porque fico com medo dele engasgar. [...] ameixa eu dou, que é bem maiorzinho, já dá para ele comer um pouquinho que já está nascendo os dentes." (M5)

Então, para adequação da consistência da alimentação e evitar o risco da criança engasgar, foi mencionada a escolha de alimentos mais macios e preparações contendo caldos, assim como a subdivisão da carne em pedaços menores (carne moída, frango desfiado) ou a oferta da coxa de frango, pois segundo as falas, este pedaço é mais seguro, porque a criança vai chupando, amolecendo e retirando pedacinhos pequenos de carne:

"[...] eu coloco uns pedacinhos de carne e deixo cozinhar até ficar bem molinho mesmo." (M7)

"Eu ponho carne moída [...] Eu mando moer duas vezes a carne moída para ficar bem pequenininha e dou para ela." (M10)

"De vez em quando eu mato um frango. Eu tiro a coxinha, tiro as carne para não engasgar e dou para ele ficar mastigando" (M12)

"Arroz, feijão carne de todos os tipos... ao molho, mais ao molho, que fica mais fácil dela comer. [...] porque comida seca... sei lá? Fica mais difícil para mastigar, engolir. Aí, colocando um pouco de caldo, caldo de carne ou caldinho de feijão, fica mais fácil para ela comer." (M6)

Com relação às crenças relacionadas à consistência e ao receio de oferecer alimentos associados a episódios de engasgos, identificamo-las como crenças de consenso 100% (Tipo A), pois são amplamente compartilhadas com

outras pessoas, uma vez que este cuidado é característico da alimentação infantil e tem sido realizado, ao longo dos anos, fazendo parte do aprendizado cultural. Além disso, são reforçadas pelos profissionais de saúde, representando uma crença de autoridade (Tipo C).

No contexto da fragilidade da criança, surge a sensibilidade do trato gastrointestinal, no qual é referida restrição de alimentos que interferem no funcionamento do trânsito intestinal do bebê (intestino preso ou solto), conforme observados nos depoimentos abaixo:

"[...] e laranja diz que não pode porque dá dor de barriga, aí eu dei maçã que não faz mal." (M2)

"[...] mas banana geralmente prende o intestino dela e não dou, não dou muito, dou muito pouco." (M7)

"[...] só que ele é muito ressecado, desde nenezinho que ele é ressecado demais. Eu quase não gosto de dar banana." (M12)

"Eu dava mais um pouco de suco que prende porque ela tinha o intestino muito solto, agora já é o contrário, tem que dar suco que solta, que o intestino dela é preso. [...] A cenoura é ótima para soltar o intestino dela. É muito engraçado. Então, não é assim toda semana que ela come. Uma semana que eu noto que ela está com o intestino mais preso eu ponho cenoura." (M13)

A imaturidade do trato gastrointestinal da criança faz com que as mães evitem alimentos considerados pesados para certa idade ou insuficiente ou fraco em outra.

Algumas mães fizeram menção a alimentos "fortes", "pesados" ou "frios", associando-os a condição "faz mal".

O feijão é considerado alimento "forte" (pesado, que demanda processo digestivo mais elaborado, mais desenvolvido). Algumas mães introduzem

inicialmente o caldo e outras, mais receosas, evitam até mesmo esta opção, até julgarem que a idade da criança sinalize condições intestinais apropriadas.

"Ah mais só o caldinho de feijão mesmo, uma batatinha cozida, só. Coisas assim... pesada, eu não dou não." (M4)

"Só o caldinho de feijão que eu ainda não estou dando para ela ainda, mas aí, quando ela completar mais idadinha, aí eu vou, porque eu fico com medo de dar para ela e ela passa mal, né. O caldo de feijão é muito forte para eles, para essa idade. [...] Assim, eu vou esperar completar pelo menos uns nove meses, um aninho, para mim começar a dar o feijão para ela, porque eu acho que ela é muito nova ainda. O intestino deles não é igual o da gente, que pode comer qualquer coisa." (M3)

Por outro lado, o feijão também é destacado como um alimento "forte", adquirindo outro significado - que "faz bem", pelo aspecto nutricional -, sendo, portanto, utilizado na alimentação infantil, na prevenção da anemia, devido ao teor de ferro:

"[...] já pode coar o feijãozinho e por na sopinha que feijão é ferro." (M12)

"[...] caldinho de feijão, né, que contém ferro, é bom..." (M5)

Ressaltamos que em nosso estudo, a categoria "forte" atribuída ao feijão esteve relacionada tanto à imaturidade do sistema digestório, neste caso representando um risco à criança, quanto ao valor nutritivo, como fonte de ferro, trazendo benefícios à saúde. Isto reflete a diversidade da cultura.

A associação do feijão à comida forte/pesada também foi relatada por Rotemberg e De Vargas (2004), onde o significado de alimentos fortes foi descrito como "aquilo que fortifica o corpo e que faz bem para a saúde". Segundo as autoras o destaque dado ao feijão está pautado no fato do alimento ser rico em ferro, bom para o sangue, onde ter sangue forte significa vida, saúde.

No estudo de Salve (2008, p.92), as mães consideravam “alimento forte” aquele capaz de “fornecer nutrientes importantes para o crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças carenciais na criança”, mas também em determinadas situações teve o significado de “pesado”, “indigesto” e não apropriado para alimentação da criança pequena.

Dutta et al. (2006) investigaram as características atribuídas à alimentação complementar por cuidadores de quatro países da América Latina e Caribe e identificaram que no Brasil, o ovo é considerado um alimento “pesado” ou “forte”. Na México e Jamaica, o tegumento, a “casca” do feijão, foi associado a problemas gastrointestinais.

Quanto ao destaque dado ao valor nutricional do feijão como fonte de ferro, o mesmo achado foi observado por Rotemberg e De Vargas (2004). Na opinião das autoras, a qual é compartilhada plenamente por nós, a preocupação das mães com o conteúdo de ferro é pertinente, pois a anemia ferropriva é uma doença carencial muito frequente no cenário brasileiro, constituindo um problema de saúde pública de grande magnitude.

No Brasil, a temática da classificação dos alimentos segundo a dietética popular, tem sido discutida por vários autores. De acordo com Canesqui (2007) são várias as abordagens conceituais utilizadas e o emprego dessas categorias é muito diversificado nas regiões do país ou entre os informantes, fato que pode explicar a situação relatada acima. Nas regiões Centro-Oeste, Sul e Nordeste, o feijão é considerado alimento forte/pesado, portanto deve ser evitado na alimentação de crianças pequenas. Os tabus alimentares acerca do feijão

revelam diversos significados: causa diarreia e desidratação (Sudeste), cólicas (Sul) e o consumo à noite causa má digestão (Norte) (BRASIL, 2002).

Essas categorias estão fortemente associadas à cultura popular e mostram a persistência do saber dietético tradicional ao lado do saber científico da nutrição, sendo importante considerá-las nos aconselhamentos nutricionais, pois “o ato de se alimentar gera estruturas de crenças e representações que não se desfazem com os progressos da ciência e com ela convive” (CANESQUI, 2007, p. 204).

O feijão, ao ser considerado como “alimento forte”, aquele que tem “sustança”, associa-se à saciedade, simbolizando a “comida”, a base da alimentação, pois é o alimento “forte” mais acessível ao pobre. A categoria “forte” vincula-se à categoria sadio, onde se estabelece uma relação entre comida e organismo, de forma tal, que nem todos podem comer comida “forte”, pois esta pode “ofender”, não sendo adequada aos idosos, doentes, crianças pequenas e mulheres menstruadas (WOORTMANN, 1986).

No conhecimento popular há a crença que os alimentos podem ser usados para tratar problemas de saúde ou evitar a ocorrência dos mesmos. Desta forma, a sabedoria popular traz vários exemplos de alimentos que devem ser incluídos ou excluídos da alimentação, sob a alegação de que podem fazer “bem” ou “mal”, de acordo com as fases da vida (DANIEL; CRAVO, 2005).

Woortmann (1986) considera que embora as classificações alimentares quente/frio, forte/fraco apresentem variabilidade regional e individual, há uma regularidade cognitiva que comporta a relação entre o sistema alimentar e o sistema orgânico, e que se estende às doenças e a outras categorias

cosmológicas (o dia, à noite, o sol, a lua, o racional e o emocional, entre outras). A categoria "comida" possui outras dimensões relativas às adequações do uso dos alimentos aos estados corporais ou as ocasiões ou horários de consumo, de modo que os alimentos "pesados" não devem ser consumidos à noite por interferirem na digestão e no sono (CANESQUI, 2005a; WOORTMANN, 1986).

Esta crença foi observada entre as mães participantes deste estudo:

"Dou feijão [...] no almoço, na janta eu não dou [...]" (M1)

"[...] geralmente, à noite eu não dou [comida] para ele não, porque diz que é muito forte para criancinha comer à noite. Aí eu não dou [...] não pode dar comidinha a menininho deste tamanho à noite que pode fazer mal, ele pode vomitar muito." (M5)

A menção aos alimentos quentes e frios, no sentido de ser benéfico ou não ao funcionamento intestinal, foi feita pela mãe M7 quanto ao uso do açúcar e do mel para adoçar o chá. O mel era recomendado por ser um alimento quente, enquanto o açúcar era considerado alimento frio e devia ser evitado porque poderia piorar a cólica:

"Colocava mel. Pouquinho mel... ou então se não tivesse mel eu colocava sem nada, eu dava puro [...] porque assim o açúcar [...] é mais frio. Aí, fazia era piorar as cólicas e eu punha mel." (M7)

A categorização dos alimentos em quente e frio, evidenciada na fala acima, é cultural, e quando se questiona essa alegação, nem sempre há uma explicação. No presente trabalho, ao perguntarmos à mãe M7 se ela saberia explicar o que significa um alimento frio, ela não soube responder, porém enfatizava esta concepção, ao afirmar que preferia oferecer o chá sem açúcar a usá-lo. Tal fato é observado a seguir:

"[...] Não [sei dizer] [...] eu vejo assim os mais velhos fala que o açúcar é frio, né. É frio! Se você for fazer o chá para criança e ainda por açúcar, invés de melhorar vai é piorar as dores das cólicas. Eu não sei por que, eu não sei explicar por que, mas eu colocava mel ou então fazia sem nada, mas açúcar eu não colocava." (M7)

Por outro lado, a mãe M14 referindo-se ao alimento frio, o considera um mito:

"Tem alguns mitos, igual fala assim que mamão é frio, essas coisas assim... essas coisas eu já não acredito tanto." (M14)

Segundo Woortmann (1986), em várias regiões do Brasil, os alimentos são classificados em "quentes" ou "frios" sem que haja, de um modo geral, uma explicação direta, "a não ser pela relação percebida para com o organismo humano, ou por associação a outras características" (p.119). Tal fato não tem nada ver com a temperatura, relaciona-se a uma "qualidade", e estas percepções apresentam grande variabilidade nas diversas regiões, e não se limitam ao nosso país, pois abarcam também a Europa e a América Latina. Comidas quentes são aquelas que fazem "mal" (ofendem) ao sistema digestório e as frias ao aparelho circulatório.

No México, Mennella et al. (2005) ressaltam que os alimentos classificados como frios: vegetais, frutas tropicais, produtos lácteos e cortes mais baratos de carnes, enquanto os quentes abrangem: as pimentas, alho, carnes vermelhas, alho, óleo e álcool.

As crenças alimentares discutidas anteriormente (alimentos fortes/pesados, frios/quentes, obstipantes/laxantes) constituem crenças primitivas de consenso 100% (Tipo A), pois são fortemente reforçadas pelo

consenso social, destas mães. Além disso, são perpetuadas, ao longo das gerações, tomando-se cada vez mais fortes e difíceis de serem modificadas.

Salve e Silva (2009) observaram que as mães participantes, do seu estudo, se apropriaram das categorias dietéticas populares para classificar os alimentos em “pesados/indigestos ou leves”, “fortes ou nutritivos”, que “soltam” ou “prendem” o intestino, elegendo os que devem ou não fazer parte do cardápio do bebê. Em geral as percepções maternas foram similares ao descrito pela literatura, todavia, algumas podem causar impacto negativo na alimentação complementar ao serem restringidos alimentos com aporte de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança.

Assim, considerando que cada grupo social estabelece suas normas acerca da alimentação, estabelecendo o que é permitido ou proibido, é importante que os profissionais de saúde, ao abordarem a questão dos alimentos, conheçam a cultura que rege o comportamento alimentar da população, em pauta, e saibam compreendê-la para não incorrer em equívocos que possam resultar na perda de credibilidade, interferindo negativamente nas ações de educação em saúde.

A vulnerabilidade das crianças enfatizadas nos depoimentos maternos é determinante para a adoção de cuidados especiais, na escolha dos alimentos e na forma de apresentação para os bebês, como também no uso de utensílios específicos, destinados exclusivamente a eles:

“Criança tem que ter as coisinhas deles e a gente o da gente... porque eles são mais sensíveis.” (M1)

“[...] é separada da gente, que da gente é prato e a dela é diferente da gente. A colherzinha é diferente também [...] porque as crianças

são sensíveis! [...] Então, aí coloca tudo separadinho [os utensílios] para não prejudicar a saúde dela depois.” (M3)

Para garantir a segurança alimentar das crianças, as mães adotavam cuidados específicos na manipulação dos alimentos, como o consumo dos alimentos logo após o preparo, o descarte das sobras, entre outros.

As fórmulas lácteas eram preparadas, no momento do consumo, em quantidade suficiente para uma porção (uma “mamada”) e as sobras não eram armazenadas. Apenas a mãe (M9) mencionou a prática de reaproveitamento:

“Aí não deixo porque acostuma... que se a gente fizer uma mamadeira, que nem ali tem uma que está até com leite, que eu fiz e ele não mamou, aqui ele não mama mais. [...] Se eu não der assim quentinha... é igual eu falo com as meninas quando olhava ele e vou falar com a mulher [a cuidadora] para não dar a ele na hora que faz, para deixar, para passar a hora, para requentar para dar para ele, eu não aceito não. Eu num dou para ele de jeito nenhum!” (M8)

“Não sobrava [fórmula láctea] porque eu já sabia o tanto que ele mamava certinho!” (M11)

“Se fosse à noite... se fosse para outro dia eu jogava fora. Mas, vão supor, se eu fazia cedo eu guardava, colocava na geladeira, depois eu esquentava e dava para ele.” (M9)

Geralmente a “alimentação de sal” (sopa ou comidinha/refeição da família) também era feita todos os dias, no momento de cada refeição, almoço e jantar, em quantidades menores e oferecidas às crianças, logo em seguida;

“Faço duas vezes. [...] Aí eu faço o almoço e a jantinha para ela. [...]” (M3)

“Duas vezes! [...] Então no almoço eu faço uma e na janta eu faço outra comida.” (M10)

“Às vezes nem sobrava, porque eu fazia a continha dela [...] à noite eu fazia outra.” (M13)

“Não, nunca guardei não. Toda vida eu faço na hora.” (M14)

Nos casos em que as mães aproveitavam o alimento que havia sobrado, elas próprias o consumiam:

"Às vezes sobra. Aí para não desperdiçar, não jogar fora eu vou e como, né. Eu como e depois eu faço outra para ela." (M3)

"Para não jogar fora eu esquento mais separado. Separado, em outra panela. Aí geralmente, eu como o esquentado, mas para ela eu dou o que eu fiz, o novo." (M6)

Acreditamos que este comportamento pode ocorrer em função do custo que a alimentação representa no orçamento familiar. O consumo desses alimentos, por elas, é uma forma de evitar o desperdício e demonstra a preocupação da mãe com a criança, evitando expô-la a riscos microbiológicos, haja vista que os adultos apresentam maior resistência imunológica do que as crianças e são menos susceptíveis à contaminação alimentar.

Esta atitude evidencia o papel da mãe, enquanto gestora do orçamento doméstico, que obedece as regras de economia e controle, morais, estéticas e de higiene que fundamentam o trabalho feminino no preparo da alimentação. (CANESQUI, 1988; WOORTMANN, 1986).

Assim, para nós, as práticas maternas adotadas revelam o atendimento a algumas destas normas. As regras de economia e controle se traduzem no preparo de quantidades menores para evitar o desperdício e pelo reaproveitamento das sobras. Há também a dimensão afetiva, pois como o organismo da criança é mais vulnerável, a mãe procura "proteger" seu filho do risco de consumir um alimento que foi reaproveitado, podendo causar-lhe algum problema.

As crenças associadas aos cuidados com a higiene e manipulação dos alimentos, tais como: o uso de utensílios específicos para o bebê, o consumo dos alimentos logo após o preparo, o descarte das sobras, emergem como crenças primitivas de consenso 100% (Tipo A), pois, em geral, fazem parte das práticas dietéticas das donas de casa que são ensinadas às mulheres, enquanto responsáveis pelo cuidado do lar, e que vem sendo repassadas, ao longo das gerações. Também são crenças de autoridade (Tipo C), porque estão contempladas nas recomendações dos profissionais de saúde. São crenças coincidentes que se reforçam mutuamente.

Os depoimentos maternos também expressam grande preocupação com o preparo do feijão antevendo o risco de uma contaminação alimentar. Assim sendo, como medida preventiva, as mães relatam a prática de oferecê-lo somente quando ele for cozido no dia, por receio de “infecção intestinal”:

“Dou feijão só se for cozido no dia para ela, no almoço, na janta eu não dou. [...] Ah, pode dar infecção no intestino... acho que é isso...” (M1)

“[...] Mas para mim só serve se for feijão que está cozido no dia. Igual, feijão, para mim que vai na geladeira, fica lá, para mim não serve para dar.” (M12)

“[...] sempre eu dou feijão para ela é mais é do dia.” (M15)

“[...] e colocava um pouquinho de caldo de feijão, quando cozinhava no dia, pegava e dava para ela um pouquinho.” (M2)

Considerando os riscos microbiológicos que envolvem o feijão, está prática é pertinente e extremamente favorável para prevenir a contaminação deste alimento. Usualmente, pelas características que envolvem a cocção deste alimento (tempo prolongado e maior consumo de combustível), é cozido em quantidade maior, que será usado mais de uma vez, acondicionado em

geladeira e temperado todos os dias no momento do consumo. Entretanto, se as condições de armazenamento forem inadequadas pode contaminar-se, "azedar".

Nos casos em que a alimentação era feita para mais de uma refeição, as preparações eram divididas e acondicionadas em porções suficiente para cada refeição e armazenadas na geladeira:

"Ah! Ponho [o alimento que sobrou] na geladeira." (M6)

"Eu faço num dia que dê para dois dias e coloco na geladeira. Depois de cozido eu coloco na vasilhinha de plástico e tampo, para dar, pelo menos, para hoje e amanhã e fazer só no outro dia. [...] geralmente eu faço logo a quantidade que vai dar para esses dois dias." (M7)

"[...] Eu dou a comidinha para ela, depois lavo e coloco na vasilhinha dela e coloco na geladeira. Coloco mais em cima e, às vezes, coloco bem em cima para congelar, com medo de estragar, né." (M1)

A crença que o alimento deve ser guardado sob refrigeração é primitiva, do Tipo A (consenso 100%), pois é uma das práticas sociais que envolvem a manipulação dos alimentos. Este cuidado também é enfatizado pelos profissionais de saúde, caracterizando uma crença de autoridade (Tipo C). Ambas são coincidentes, atuam em sinergismo e reforçam o sistema de crenças.

Todavia, encontramos uma contradição entre o discurso e a prática, pois apesar da M6 referir esse comportamento, observamos, nas duas visitas domiciliares, que os alimentos consumidos no almoço, ainda permaneciam sobre o fogão, em temperatura ambiente.

Esta atitude ainda é bastante comum em nosso país. Acreditamos que possa ser decorrente dos nossos antepassados, quando muitas famílias não

possuíam geladeiras, e que foi repassada de mães para filhas. Também pode representar uma forma de diminuir o trabalho doméstico. Além disso, as geladeiras podem não comportar o tamanho das panelas.

Isto demonstra o caráter hereditário da cultura conforme destaca Helman (2003, p.12): “um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados” pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular.

Considerando que a crença é mais do que as palavras em si, é o que a pessoa verdadeiramente acredita, podendo ser inferida a partir de seus atos, atribuímos à mãe M6 a crença de que o alimento preparado no almoço não estraga se permanecer em temperatura ambiente até o jantar. Poderia ser uma crença de consenso 100% (tipo A), se fosse uma prática internalizada a partir do processo de socialização, um comportamento rotineiro das pessoas de seu convívio, mas também poderia ser uma crença de autoridade (Tipo C), advinda das informações de mulheres mais velhas e mais experientes. O caráter hereditário é impregnado à memória das pessoas, e quando são questionadas acerca deste comportamento, elas respondem: nós sempre vimos nossas mães e avós fazendo assim e nunca houve nenhum problema...

As práticas higiênicas relatadas foram muito similares. A maioria das entrevistadas referiu cuidados higiênicos com água; higienização de frutas e vegetais; armazenamento de alimentos sob refrigeração, consumo dos mesmos logo após o preparo e o não-aproveitamento das sobras de alimentos.

Quanto ao uso de água, depreendemos das falas que as mães valorizam a qualidade da água utilizada na alimentação complementar e adotam procedimentos para garantir a segurança d'água:

"[...] porque aqui a gente usa a água da rua, né, e essas águas hoje em dia é muito contaminada, então eu acho melhor ferver... Inclusive eu já até falei com o meu marido poder comprar um filtro ou então aquela torneira que a água sai filtrada por causa dela [a filha] [...] Agora a água que eu punha no chazinho, às vezes era da torneira mesmo. Porque eu pensava assim: vai ferver, né. [...] eu acho que pela fervura vai ficar limpo para tomar". (M10)

"[...] não coloco água filtrada [no preparo da sopa] porque você está vendo que aqui não tem filtro, mas como ferve, eu creio que não está errado." (M1)

Contudo, há situações em que as mães não adotam procedimentos que garantam a qualidade d'água oferecida:

"Olha, a maioria das vezes eu pego na minha vizinha, na frente, que tem água mineral. E vou, às vezes, na minha cunhada, maioria das vezes eu vou lá e pego no filtro [...] Então, poucas vezes eu pego realmente da torneira." (M1)

"[...] pego [a água] lá no negócio... que eu não tenho filtro. [...] Eu pego lá [olhou para o quintal]... na caixa... [...] É da cisterna!" (M8)

O depoimento da mãe M8 revela que a água oferecida ao bebê é proveniente de cisterna, e em momento algum da entrevista houve comentário sobre a fervura. Acreditamos que tal situação seja decorrente das condições de vida, menos favorecida, da família, pois esta mãe tinha dez filhos, era a única responsável pela renda familiar e morava em um cômodo, contendo apenas uma cama de casal, um beliche, um fogão e uma pequena mesa. O lote era compartilhado com outros barracões, a área entre estes não era calçada e havia uma cisterna. No momento da entrevista não observamos filtro, o que foi comprovado, posteriormente, por trechos do seu depoimento.

As mães enfatizaram a importância da higiene dos alimentos, do ambiente e dos utensílios, como medida para se evitar o risco de contaminação:

"Ah, a gente tem que esterilizar. Eu fervia a mamadeira dela, que ela tem duas. Aí eu fervia uma e a outra já estava na geladeira arrumadinha... É assim que eu vou fazendo até hoje." (M13)

"[...] primeiramente acho importante a gente lavar as mãos bem lavada, as frutas bem lavadinha, descascar para dar para ela comer, porque... essas coisas, assim vêm de verdura, vêm de mercado, não sabe o que passa, tem bichinho no pé, então tem que chegar, lavar bem lavadinha e dar para ela comer. Porque não é chegando do mercado e descascando e dando para ela comer. Você não sabe o que tem lá dentro, o que passou, se passou algum bichinho, uma barata. Aí tem que lavar bem lavada [...] Eu limpo a sala, eu limpo bem limpinha [porque a criança come na sala]." (M3)

"Aí eu vou lavo a laranja [...] lavo a vasilhinha, porque fica no armário, não sei, pode passar alguma coisa [...] A chuquinha ficava assim, tampadinha, mas às vezes ia para a geladeira ou, às vezes, dentro de um copo, que eu colocava dentro de um copo para não cair terra. Mas, mais eu deixava dentro da geladeira. [...] E para dar de novo eu fervia a chuquinha. Se não fosse fazer nada eu deixava a chuquinha na geladeira, passava uma água normal e colocava na geladeira, mas se fosse para dar o chazinho de novo eu fervia a chuquinha, os biquinhos, tudo!" (M1)

Há, também, menção aos agrotóxicos:

"Porque se não tiver higiene, ele vai comer muito agrotóxico [...] E aí então vai adoecer mais rápido ainda. Tem que ter bastante higiene." (M5).

Outro cuidado referido pelas mães diz respeito ao consumo de alimentos que contenham conservantes (produtos químicos), assim como com o tipo e a quantidade de gordura presentes no alimento:

"[...] o óleo que a gente põe na comida tem muito produto químico, esse [azeite de oliva], eu tenho para mim que tem menos. [...] Esse suco que a gente compra não é bom dar para criança não, tem que ser suco natural, porque ele tem produto químico." (M5)

"Geralmente eu não gosto de dar muita comida gordurosa [...] Porque o bolo geralmente tem muito óleo, muita fritura..." (M7)

"[...] Ah, porque... não faz bem não. Tem muita gordura, sei lá, gordura trans. Não faz bem para a saúde." (M6)

O receio com a contaminação química também foi identificada em estudo qualitativo sobre crenças de mães latinas, acerca de alimentos e saúde (GOMEL; ZAMORA, 2007), que revelou o cuidado materno em não oferecer alimentos enlatados aos bebês, devido ao alto teor de conservantes.

Dutta et al. (2006) observaram que os cuidadores elegeram como características negativas dos alimentos: o alto conteúdo de gorduras, a presença de conservantes e hormônios, dentre outras.

A preocupação com a temperatura em que os alimentos são oferecidos também foi evidente, pois, na visão das mães, o consumo de alimentos gelados, pelas crianças, pode causar dor de garganta ou gripe, sendo então evitados:

"Não dou nada gelado para ele [...] Às vezes tem muita mãe que começa a dar muita coisa gelada para as crianças e a criança começa a ficar com problema de garganta, começa a ficar gripada direto, sem parar. E eu acho que tomar água gelada, suco gelado, para criança, menos de um ano, não pode dar porque ele não sabe dizer, por exemplo: que está doendo, só começa a chorar. Então, é a gente que tem de pensar: ah não, esse é melhor para o meu filho e ir dando assim." (M5)

"[...] e água gelada eu não dou para ele que ele tem bronquite." (M8)

As crenças acerca de agrotóxicos e conservantes são crenças derivadas (Tipo D), provenientes da mídia, todavia podem representar uma crença de autoridade (Tipo C), oriunda do conhecimento científico dos profissionais de saúde, ao discutirem estes assuntos com as mães.

Quanto às crenças relacionadas à higiene dos alimentos, utensílios, ambiente e qualidade da água, são vários os fatores que se relacionam com suas origens. Estas práticas são um consenso social, amplamente difundido, o que as caracteriza uma crença primitiva Tipo A. Porém, também é uma crença de autoridade (Tipo C), advinda das informações técnicas dos profissionais de saúde e uma crença derivada (Tipo D), pois a higiene é tema de campanhas publicitárias dos órgãos governamentais das esferas federal, estadual e

municipal, as quais são veiculadas por rádio, televisão, jornais e cartilhas de orientações de saúde, bem como pelas escolas.

As práticas de higiene no preparo e manuseio dos alimentos, o armazenamento e a conservação adequados também são referenciadas no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (Passo 9) (BRASIL, 2002), onde são preconizadas medidas relacionadas à higiene pessoal, dos alimentos e do ambiente.

O período de introdução de alimentos complementares expõe a criança a maior risco de infecções, especialmente doenças diarréicas, que constituem importante causa de morbidade e mortalidade infantil. Os problemas estão associados à qualidade da água, à contaminação dos alimentos durante a manipulação, às precárias condições de higiene (pessoal, utensílios e ambiente), cocção insuficiente dos alimentos e armazenamento em temperaturas impróprias (BRASIL, 2002; CAO et al., 2000; EHIRI et al., 2001; MORAIS; MORAIS; SIGULEM, 1998; MOTARJEMI et al., 1994; WHO, 1998a).

Desta forma, estes temas devem ser amplamente discutidos com as mães para prevenção de contaminações alimentares, sobretudo àquelas de países em desenvolvimento e de classes menos favorecidas, passíveis de maiores riscos de contaminação alimentar, em função do contexto socioeconômico em que vivem (MINISTÉRIO..., 2002; MONTE et al., 1997).

Todos estes cuidados com a alimentação da criança demandam compromisso e responsabilidade assumidos pela mãe ou cuidadora. A mãe toma para si este papel, como algo inerente à maternidade, fundado na sua preocupação com o bem-estar de seu filho.

Assim, considerando que é preciso um cuidado “especial”, eram as próprias mães que se encarregavam de preparar a alimentação complementar, exceto quando dispunham da ajuda das avós. Quando as mães trabalhavam fora de casa, a criança que permanecia na residência ficava a cargo do cuidador informal (filha mais velha) e, no caso de ser levada para outro domicílio, esta responsabilidade era do cuidador formal:

“Eu, minha mãe [preparamos os alimentos].” (M4)

“Era a Camila [a filha – cuidadora informal], agora quem faz [o mingau] sou eu [a mãe está de férias].” (M8)

“Ela [a cuidadora formal] faz mais ou menos dessa forma que eu estou te dizendo [...] essa papinha amassadinha e dá para ela.” (M14)

Situação semelhante foi mencionada por Stefanello (2008), onde as mulheres eram as principais responsáveis pelo preparo da refeição cotidiana. Quando os homens se encarregavam desta tarefa, era apenas pelo prazer, um *hobby*, sem o caráter da obrigatoriedade.

Em algumas situações, a preocupação em evitar riscos à saúde da criança leva as mães a tomarem atitudes que interferem com o seu próprio organismo, em prol dos filhos. Este fato é evidenciado no relato:

“[...] desde o começo quando eu tive ele, tem gente que fala para mim: dá leite para ele, não deixa ele mamar em você porque se for para você dar mamã para ele, você vai ficar com os peitos caídos, não sei o quê. Mas falei: uai, prefiro ficar com o meu peito caído, ver ele sadio do que ver ele doente.” (M9)

Este cuidado antecede a introdução de alimentos complementares. Às vezes, as mães evitam certos alimentos para elas próprias, acreditando que podem causar prejuízo à criança durante o aleitamento:

"[...] eu evitava muita coisa que dava cólicas nela, né. Refrigerante, por exemplo, eu não tomava porque tinha muito gás. Coisa que tinha gases eu nem tomava para não prejudicar ela. [...] Eu nem pensava nem tanto não era em mim, é nela que eu pensava." (M3)

Situação semelhante foi referida por Mennella et al. (2005) no México, pois durante a lactação as mães evitavam o consumo de bebidas gaseificadas, devido à presença de produtos químicos, que segundo as suas crenças poderiam interferir no leite materno, causando gases e "irritando o estômago" dos bebês.

5.2.3 Contingências do cotidiano

Na unidade familiar há uma divisão histórica entre as responsabilidades do pai e da mãe. Enquanto a figura paterna é a geradora de renda, cabe à mãe administrar o orçamento do lar e realizar as tarefas domésticas. Entretanto, apesar das mudanças da sociedade atual, com maior inclusão das mulheres no mercado de trabalho (IBGE, 2006), e a ajuda dos homens nos afazeres domésticos, esta tarefa ainda é de responsabilidade da mulher, aumentando ainda mais a jornada de trabalho das mesmas. Assim sendo, o excesso de afazeres domésticos da mãe pode interferir negativamente, na prática alimentar das crianças.

O desempenho das tarefas femininas relacionadas ao cuidado do lar depende da cultura. Quanto à sua hierarquia interna, diferem nos modos de ação de uma sociedade à outra, numa mesma sociedade e dentro das classes sociais. Cada mulher pode criar seu próprio estilo, por meio de sua criatividade

e de suas adaptações. Dessa forma, cada “fada do lar” imprime sua marca a partir do “saber fazer” comum (GIARD, 1996).

Observamos que as mães procuram adaptar a rotina da alimentação complementar das crianças às demais tarefas domésticas, fazem também os ajustes financeiros necessários, a fim de que o custo da alimentação se enquadre dentro do orçamento familiar.

No presente trabalho, as dificuldades acarretadas pelo excesso e condições de trabalho foram referidas, conforme expressam as falas:

“Eu não tenho a paciência de por [a comida] assim separadinho... é a correria daqui, da gente [...]... porque assim eu ainda fico lá [cuida da mercearia, quando o marido está ausente], fico aqui, arrumo casa, cuido dele, então vai virando só uma correria.” (M11)

“A mamadeira é porque eu insisto para ele pegar porque eu tenho... Oh, Meu Deus!... eu tenho que lavar roupa, eu tenho que fazer meus bicos...” (M12)

“[...] Aí eu venho do serviço, que eu trabalho num sol... hum... ai, ai! [...] eu cuido não é só dele não, eu cuido é de mais! Eu tenho [outros] filhos pequenos também.” (M8)

Conforme apontam Diogo e Coutinho (2006), as mulheres realizam uma grande quantidade de trabalho não pago, que envolvem os afazeres domésticos e o cuidado da família, especialmente dos filhos. Esta atividade é essencial para a manutenção da integridade familiar, porém não é valorizado socialmente.

Diante da sobrecarga de trabalho desempenhado pelas mulheres no cuidado do lar, elas precisam conciliar os afazeres domésticos com os cuidados da criança pequena, entre os quais se inclui o preparo da refeição. Assim, estabelecem uma rotina de horário para a alimentação do bebê, de acordo com o ritmo familiar e as tarefas domésticas que desempenham.

As mães iniciam o preparo do almoço por volta de 10:00 horas e do jantar entre as 16:00 e 18:00 horas e, para diminuir o tempo necessário para a cocção dos vegetais, algumas referiram o uso de panela de pressão:

"[...] porque o meu almoço aqui não é assim muito cheio de frescura, essas regalias, então eu começo 11:00h [...]" (M13)

"Quando chega 10:00h da manhã eu começo a fazer [a comida] [...] Ai à tarde, quando chega quatro horas da tarde eu faço [o jantar]." (M3)

"Ah!... umas 11:00h ou até mais cedo! [começo a fazer o almoço] [...] À noite por volta das seis horas." (M6)

"No almoço, eu começo [a fazer] umas 10:30h [...] E na janta, 16:30h, mais ou menos [...] tem dia, quando eu atraso um pouquinho, eu faço na panela de pressão para cozinhar [...]" (M10)

"Eu costumo colocar na panela de pressão, acho que é mais rápida". (M1)

Logo após o término do preparo dos alimentos a criança é alimentada. O horário do almoço varia das 11:00 às 12:00 horas e o jantar entre 17:30 e 19:00 horas. Algumas mães estabelecem horário determinado para a alimentação da criança, em geral, mais cedo que o da família:

"[...] umas 11:30h ela já está comendo... tem que ser mais cedo." (M2)

"Quando dá 11horas eu estou com a papinha dele prontinha para dar para ele, porque criança tem que... comer cedo, até 11 horas." (M5)

Por outro lado, existem famílias que não se prendem a rotina de horário:

"[a criança almoça] 11:30h, meio dia... até 12:30h eu dou para ela. Não tem horário fixo, não, mas de 11:30h até 12:30h". (M7)

Observa-se também uma variação no ritmo estabelecido, pois algumas crianças almoçam mais cedo e jantam mais tarde, enquanto outras almoçam mais tarde e jantam mais cedo:

"[...] para no máximo 11:40h, 12:00h estar almoçando. [...] aí lá pelas sete eu dou a janta dela." (M13)

"[...] 12:30 horas é o horário do almoço dela. [...] [o jantar] Cinco e meia até seis horas! De cinco até seis horas." (M14)

Há também intercorrências, como os imprevistos que interferem no horário, mas são exceções:

"No almoço [...] 11:00h, onze e pouquinho ela já está comendo. E na janta [...] até cinco, cinco e pouquinho ela janta. Às vezes [...] eu enrolo um pouquinho, vai até quase seis horas, mas é uma raridade." (M10)

As crenças relacionadas ao horário da alimentação da criança representam crenças primitivas do Tipo A, de consenso 100%, sendo compartilhada com as pessoas do grupo social. Pode também caracterizar uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B) quando é uma necessidade sentida pela mãe, em função de ter que compartilhar a alimentação do bebê com os outros afazeres domésticos.

No contexto de sobrecarga de trabalho, o sono reparador para a mãe emerge como uma necessidade premente, que precisa ser atendida. Uma das estratégias utilizadas é o uso de chá, para acalmar e favorecer o sono da criança, contribuindo para o repouso materno:

"Ele trocava o dia pela noite, aí de dia dormia e à noite não. Eu ficava com ele sacudindo e ele não quietava. Aí, para acalmar ele mais, que ele era muito nervoso, chorava demais, eu fazia chá e dava para ele." (M9)

"[...] não sei se eu não tivesse dado chá, acho que ela não dormia. Porque eu dava, assim o chazinho para ela tranquilizar, porque ela nunca foi de dormir muito. Ela dorme pouquinho." (M10)

A utilização dos chás é secular e a noção das propriedades terapêuticas das ervas faz com que algumas sejam usadas, basicamente, como calmantes (indutores de sono) e antiespasmódicos.

Detectamos o esforço de algumas mães para diminuírem as mamadas ao seio materno, usando artifícios como a mamadeira e o bico. Estas estratégias visavam diminuir o estresse materno, proveniente de noites mal dormidas:

"Para ver se ele me deixava dormir um pouquinho à noite. Que às vezes o bico [chupeta] ajuda. À noite, acorda querendo mamar, aí coloca o bico na boca lá e cala e dorme de novo. Mas não resolveu não!" (M4)

O uso de mamadeira para diminuir o estresse materno também foi apontado por Anderson et al. (2002), em pesquisa sobre os fatores considerados pelas mães nas escolhas quanto ao cuidado do bebê, as quais referiram que o uso de mamadeira propiciava melhor qualidade de sono para elas e para as crianças, diminuindo o nível de estresse, com reflexos no bem-estar de toda a família. O estudo de Stefanello (2008) revelou que o uso da mamadeira permite maior liberdade para a mãe realizar seus afazeres.

Depreende-se também que a introdução da mamadeira facilita o retorno da mãe ao mercado de trabalho:

"O que eu queria mesmo, era dar a mamadeira para ela, mas eu não consegui. Porque a gente que trabalha fica mais difícil deixar assim, se a gente for arrumar alguém para olhar, para pessoa preparar a sopa, para dar, dá mais trabalho [...] e a mamadeira já é mais prático." (M7)

De acordo com Alvarado et al. (2005), na Colômbia, o uso da mamadeira é muito valorizado pelas mães, por facilitar o desmame, sendo geralmente introduzido no primeiro mês de vida.

Todavia, a utilização desses utensílios deve ser desencorajada por acarretarem prejuízos ao bebê: risco de contaminação, comprometimento do aleitamento materno e interferência na dinâmica oral (WHO, 1998b).

A mãe M10 relata que após o nascimento de sua filha ela acreditava que o uso do bico (chupeta) seria útil, no entanto, sua opinião mudou, devido à conotação higiênica. Esta fala reflete como o contexto de vida pode favorecer novas crenças, que passam a interferir nas suas atitudes:

"Na época até que eu queria [dar o bico] para ver se ela dormia mais, mas depois eu achei até bom ela não querer. Porque é nojento! [...] Por exemplo, se ela tivesse com o bico agora, ela fica arrastando para lá e para cá, o bico estava arrastando no chão e ela punha na boca. É a maior nojeira que uma mãe faz é dar bico para o filho! Eu acho!" (M10)

As crenças que valorizam o uso da mamadeira e da chupeta como facilitadores da rotina materna (diminuição do estresse e retorno ao trabalho) emergem como primitiva de consenso 100%, Tipo A, sendo compartilhada pelo meio social, pois esta prática perdura ao longo dos tempos. Por outro lado, as crenças que contraindicam estes artefatos podem ser crenças de autoridade (Tipo C), oriundas dos profissionais de saúde e crenças derivadas (Tipo D) provenientes das campanhas publicitárias em prol do aleitamento materno, veiculadas amplamente na mídia e nas instituições de saúde.

Quanto ao relato da mãe M10, segundo nossa análise, inicialmente a crença (chupeta é benéfica, ajuda a dormir) manifesta-se como primitiva de consenso 100% (Tipo A), pois é compartilhada com o seu grupo social, no entanto, após sua experiência como mãe, a crença se modifica (chupeta é prejudicial), sendo apreendida a partir de suas próprias convicções, constituindo uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B), ou seja, ela verdadeiramente acredita que a chupeta traz malefícios, independente da opinião das outras pessoas.

Também foi evidenciado que as mães buscam a comodidade, por meio de alternativas práticas, que facilitem as situações do seu dia-a-dia. Esta praticidade é evidenciada na escolha de alimentos, nos procedimentos adotados e até mesmo no uso de determinados utensílios:

"Desde a minha outra eu dava Danone® para ela também, aqueles danoninhos vermelhinhos... eu acho que é uma comida fácil..." (M7)

"É tipo assim: a gente fosse sair... não tivesse a fruta, num tivesse ali fácil, porque às vezes você tem a fruta, mas não tem como acondicionar, não tem como lavar, não tem como ajeitar. O Danoninho® não, já está ali prontinho! Você abre [o Danoninho®], a colher dela já está guardada, você pega e dá para ela. Fosse assim: tipo um socorro... quando saísse." (M14)

"Aí quando às vezes nenhuma [vizinha] está aqui ou está longe e está muito quente de sol eu pego [água] da tomeira [...] Porque para mim ferver e esperar esfriar, às vezes eu não tenho a paciência." (M1)

"Agora a vasilha dele é porque fica melhor de que eu por num prato para dar comida para ele, que a vasilhinha é de plástico, se deixar cair, num vai quebrar tudo no chão." (M5)

Garcia (2003) enumera aspectos que caracterizam as práticas alimentares contemporâneas. Ressaltamos: a escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos, a presença de produtos gerados com novas tecnologias de conservação e preparo, o vasto leque de itens alimentares e o arsenal publicitário.

Segundo análise de Amorim (2005), sobre as propagandas de alimentos veiculadas no Brasil, entre 1960 e 1988, as mensagens da mídia mostravam a preocupação das indústrias alimentícias com a saúde e alimentação das crianças, e com a sobrecarga de afazeres das mulheres, procurando poupá-las de suas atividades domésticas, especialmente na cozinha, liberando-as para o mercado de trabalho e libertando-as de conflitos e culpas. Assim, ao utilizar

fotos de crianças saudáveis e bonitas, de mulheres despreocupadas, felizes e bem vestidas, o *marketing* se apropriava de uma realidade idealizada, apresentando como num passe de mágica, solução para todas as dificuldades que envolvem o cotidiano das mães.

Desta forma, considerando que a incorporação de alimentos industrializados na alimentação é uma realidade, conforme evidenciam os estudos baseados em pesquisas de orçamento familiar, que revelam o aumento na aquisição de alimentos industrializados desde as três últimas décadas (IBGE, 2004; LEVY-COSTA et al. 2005), acreditamos que este novo comportamento alimentar esteja associado à valorização da praticidade.

Aquino e Philippi (2002) ressaltaram que atualmente há um aumento do consumo de macarrão instantâneo, particularmente na população infantil, e segundo dados da Associação Brasileira de Indústrias da Alimentação, este produto figura entre os de maior crescimento de vendas. Também destacam que o iogurte se tornou um "ícone" entre os produtos mais consumidos pelas classes de menor poder aquisitivo. De acordo com Garcia (2003), o aumento da comercialização de rede de supermercados contribui para a cultura alimentar globalizada.

Acreditamos que para estas mães a oferta do iogurte aos seus filhos pode assumir um significado que ultrapassa o nutricional e atinge o *status* social. No entanto, é preciso discutir esta conduta e esclarecer que muitas vezes a compra deste alimento pode causar dificuldades na aquisição de outros alimentos, como: carnes, vegetais e frutas. Essa discussão deve ser feita com muita cautela para que não haja qualquer constrangimento para a mãe.

Outro exemplo: o hábito de utilização de polpas de frutas para o preparo de sucos, expressa a importância da praticidade, ultrapassando até o aspecto econômico, uma vez que esta escolha pode acarretar maiores gastos, em comparação com o preço da fruta natural.

Também citamos o uso do suco artificial, pela praticidade e menor custo, aliado à falta de conhecimento da população que associa o produto ao fornecimento de vitaminas e não consegue visualizá-lo como fonte unicamente de calorias, proveniente do açúcar já presente ou acrescentado durante o preparo. No imaginário dessas pessoas é suco e, conseqüentemente, acreditam que sejam elaborados somente com frutas, não enxergando os aditivos, conservantes e que o sabor é proveniente de aromas artificiais.

No contexto das novas práticas alimentares, ressaltamos que a ampla valorização, pela mídia, dos benefícios dos alimentos industrializados, sob alegação de preparo rápido, contribui para o surgimento de crenças derivadas (Tipo D). Estas, ao serem incorporadas pelos grupos sociais tomam-se crenças primitivas de consenso 100% (Tipo A), ampliando sua repercussão no sistema de crenças.

Outros aspectos que intervêm na escolha dos alimentos que compõem a alimentação infantil relacionam-se à disponibilidade econômica e de comercialização.

Isto é observado quanto aos vegetais presentes na alimentação do bebê, possivelmente porque fazem parte da dieta habitual da família e estão disponíveis nos locais onde são adquiridos os gêneros alimentícios, conforme relatos abaixo:

"Porque são as [verduras] mais comuns, que a gente mais vê na feira. Então, as que eu mais vejo e que eu penso que vai dar certo eu compro." (M10)

"Esse tipo de verdura mesmo, fruta, como se diz, que a gente está acostumada a comprar aqui mesmo." (M15)

Estudo de Rotemberg e De Vargas (2004) revelou que a presença de frutas, verduras e legumes na alimentação infantil esteve condicionada à "disponibilidade econômica, ao poder da compra". Assim como a carne, é um dos itens que mais pode faltar, pois a compra é feita "picada", em feiras, diferentemente dos alimentos "básicos" que são adquiridos em grandes supermercados.

O aspecto financeiro é um componente básico nas escolhas dos alimentos, portanto, não pode ser menosprezado, principalmente em se tratando de pessoas de classes sociais com baixo poder aquisitivo. As famílias, especialmente, as mães têm a difícil missão de controlar o orçamento doméstico, muitas vezes limitado.

O tema "custo dos alimentos" é expresso nas falas, sempre em referência aos preços dos alimentos e no combate ao desperdício. As mães, em geral, controlam a quantidade do alimento a ser preparado para o consumo, a fim de evitar o desperdício:

"Ah eu coloco... quando a batata é assim... é maior eu coloco só uma mesmo para não desperdiçar, porque ela não come mesmo muito." (M2)
"Eu faço só o suficiente para comer nós duas, porque o pai dela não almoça em casa". (M6)

A responsabilidade materna, em controlar os gastos com a alimentação, constitui uma crença primitiva de consenso 100% (Tipo A). Reafirmamos que,

na divisão dos papéis familiares cabe à mãe o controle e gestão do orçamento familiar, função que vem sendo desempenhada e repassada como, uma herança cultural.

Em referência ao custo da alimentação, algumas mães comentaram sobre o preço do Leite Nan® e justificaram a troca por outro leite, por questão de economia, como se observa nos relatos abaixo:

"Eu dei Leite Nan®. Aí, ele mamou Leite Nan® uns quatro meses só. Aí, eu fui e tirei! Que eu não estava conseguindo dar, que ele é muito caro, eu não estava conseguindo, aí, eu parei. Aí, agora eu dou só o leite de vaca mesmo, o leite da vaca, não é o leite de saquinho [...] Sabe aquele leite que o pessoal passa vendendo na rua? É aquele!" (M11)

"E, também eu não tenho essa democracia: ah, tenho que comprar o Leite Nan®. Eu sou pobre, não tenho o dinheiro todo dia! Começou logo tomar foi leite mesmo, deste que sai na rua, minha irmã traz da fazenda, é de caixinha..." (M12)

Situação semelhante foi observada por Oliveira et al. (2005) ao investigarem a duração do aleitamento materno, o regime alimentar de crianças menores de dois anos e fatores associados, sendo que o leite modificado foi o escolhido pela maioria das mães de melhores condições econômicas, percentual que foi diminuindo à medida que as condições de vida se tornavam mais precárias. Comportamento inverso ocorreu com a escolha do leite de vaca, eleito, quase que por unanimidade pelas mães de menor poder aquisitivo. Stefanello (2008) também observou que a questão financeira foi um dos fatores que influenciou na escolha do tipo de leite.

Tal fato é justificado pelo custo desses produtos. De acordo com Araújo et al. (2004), o percentual que a aquisição do leite representou no orçamento familiar, no ano de 2004, correspondia a cerca de 35% do salário mínimo, no

caso de se utilizar a fórmula infantil (leite modificado) e 11% para o leite fresco. Barbosa et al. (2007) relataram que o custo da fórmula infantil somado ao da alimentação complementar foi de aproximadamente 3,3 vezes mais que o da oferta de leite materno e alimentos complementares, o que constituiu em fator inibitório para a compra de fórmulas por grande parte das famílias brasileiras.

A economia financeira que a amamentação representa, também foi ressaltada em um estudo qualitativo sobre a percepção paterna no processo de amamentação (PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2008, p.361), conforme expresso no depoimento:

O leite materno economiza um bocado de coisa. O bolso! O cara não vai comprar leite [...] O menino quando ela [mãe] tira é bronca. É leite, é Mucilon, tem que comprar um bocado de coisa. É ruim demais. (Diogo, 10)

5.2.4 Fontes de referências

No processo de introdução da alimentação complementar, a mãe é a peça fundamental que determina as escolhas. O processo de tomada de decisões leva em consideração as fontes de referências, que são confrontadas com as opiniões, convicções e atitudes que as próprias mães trazem consigo, sobre os alimentos, as práticas de manipulação de alimentos e o significado da alimentação.

As fontes de informação são várias: as conversas informais entre mães na sala de espera das unidades de saúde, nas reuniões festivas, conselhos das avós e mães e orientações e prescrições dos profissionais de saúde.

Estas informações representam fios que se entrelaçam, formando uma rede que fundamenta as escolhas maternas, quanto à alimentação complementar. Desta forma, ressaltamos que as informações podem ser

coincidentes ou divergentes, e que as escolhas são feitas diante do contexto e do momento específico de cada mãe e lactente. Como exemplo, citamos o feijão que foi considerado alimento importante como fonte de ferro, mas em contrapartida foi associado a risco higiênico-sanitário.

Rezende et al. (2002) afirmam que os conceitos transmitidos pelos meios de comunicação, tradições, escola, família e outras fontes influenciam no processo de tomada de decisões das pessoas. Além disso, num mesmo contexto social, existe uma diversidade de idéias sobre um mesmo assunto, que muitas vezes tornam-se contraditórias.

Salve (2008) relata que o comportamento alimentar adotado pela mãe oscila conforme os significados sociais atribuídos por ela à alimentação, por isso, às vezes, prioriza o paladar, o gosto e, em outras, a saúde.

No presente trabalho, as fontes identificadas como referências foram: a própria mulher; sua mãe; outras pessoas da família; pessoas de convívio próximo (vizinhos e amigos); profissionais de saúde; a mídia, por meio: da televisão, dos rótulos de produtos alimentícios, folhetos informativos e, pessoas indefinida, expressas como: "o povo fala", "eles falam".

A família, representada pelas figuras da mãe, do marido ou companheiro e da avó constitui o alicerce, o apoio para a criação dos filhos. Os papéis da mãe e da avó ganham destaque especial, uma vez que representam a história de suas vidas, a identidade cultural de suas famílias, heranças repassadas, ao longo das gerações:

"[...] eu ouço, sem medo, minha mãe... porque assim... minha mãe é meu porto seguro, eu confio em tudo o que ela vai dizer... Se ela falar, eu faço, com toda certeza, de olho fechado." (M1)

"Sempre é a minha mãe! [...] Acho que é... respeito. [...]" (M15)

"Ah!... a minha mãe que falou para mim o que tem que dar, o que não faz mal... ela falava que dava para nós quando nós era pequeno, então eu peguei e dei para ela." (M2)

"Isso veio de criação, veio da minha mãe." (M11)

"Minha mãe! Tudo que eu sei, agradeço a Deus e ela." (M12)

"[...] minha avó e minha mãe que falava. [...] Porque eu não sei se está certo ou errado. Os médicos acham errado, mas eu prefiro acreditar um pouco mais na minha mãe, porque ela já teve três filhos." (M10)

Entretanto, algumas entrevistadas não fazem alusão às suas mães, possivelmente por não estarem próximas ou terem falecido. Nestes casos, outras pessoas, com as quais mantêm uma relação de respeito e confiança, tais como o marido e irmãos assumem a figura de referência:

"Não, foi só eu e o meu marido mesmo. Foi só nós." (M3)

"[...] vou ouvindo a opinião da minha irmã porque ela também já tem três filhos e eu acho que ela já sabe o que pode e o que não pode e é por isso que eu fico ouvindo a opinião dela." (M5)

Nesse sentido, Woortmann (1986) enfatiza que a influência cultural tem interferência na prática cotidiana das famílias e representa uma forma (plano simbólico) de perpetuação da família.

Nakano et al. (2007) realizaram uma pesquisa para identificar os agentes ou instituições tidas como referências, por nutrizes, na prática da amamentação, e verificaram que a família ocupa o primeiro lugar, transmitindo crenças, hábitos e condutas. Por analogia, a influência da cultura familiar estende-se também à alimentação complementar.

O apoio familiar é demonstrado pelo aconselhamento, pelo carinho, pela oportunidade de compartilhar as dúvidas, os anseios e as decisões a serem

tomadas, e também pela ajuda nas tarefas domésticas e no cuidado com as crianças pequenas. Durante a gestação, e após o nascimento do bebê, as mulheres ficam fragilizadas. É importante sentirem-se amparadas pela família, nestes momentos:

"[...] meu marido mais ainda, porque convive. Então, está ali sempre junto para tudo. Então, eu escuto ele. Muito!. Quando ele fala: não é assim, assim... quando ele está corrigindo ele [o filho], que ele já está na fase de mexer, eu não me intrometo, eu não falo nada. Quando eu estou falando com ele [o filho], ele também não fala nada." (M11)

"Mas quando é na janta [...] meu marido está [em casa] e quando eu não posso dar [a comidinha], meu marido dá, quando eu estou ocupada." (M9)

"[minha mãe ajuda] Muito!... meu braço direito." (M4)

Quanto ao aconselhamento das avós na alimentação infantil, não há um consenso sobre o valor desta prática. Alguns estudos apontam-na como vantajosa, outros, consideram-na desfavorável. Contudo, não podemos negar a forte influência que exercem. É preciso que as ações dos profissionais de saúde sejam direcionadas para conquistar a confiança das avós, reforçando os pontos positivos e modificando os aspectos necessários para que elas possam agregar novos valores, a fim de contribuírem para a adequada nutrição das crianças.

Também, depreendem-se dos significados das falas que as consultas médicas e os cursos de orientações no pré-natal oportunizam a aproximação das mães com as unidades de saúde e com os profissionais, principalmente: médico, enfermeiro e ACSs. Esse vínculo cria um importante canal de informação para as mães:

"Isso veio da pediatra lá da Maternidade Nascer Cidadão, onde eu ganhei ele. Ele tem consulta lá todo mês com a pediatra e com a gastro, aí elas que falam como tem que ser feito, os cuidados... são elas que me orientam." (M4)

"Porque eu tenho consulta com ela [médica], praticamente todo mês [...] Eu vejo as enfermeiras dizendo assim [...] Aí, todo mês tem a médica que me aconselha sobre a alimentação dela [...] que eu aprendo nos cursos que eu fiz e que eu participo [...] Eu participei quando eu estava gestante, então participou nutricionista, dentista... foi um tanto de médico que eu não lembro mais... enfermeira..." (M1)

A médica aqui desse CAIS ou a enfermeira chefe, não sei... Geralmente, quando a gente ganha a criança, eles vêm na casa orientar a gente com a agente de saúde... Aí, eles vêm e explicam. Quando a gente ganha, lá na maternidade também, aí, eles explicam como a gente tem de fazer... tem até um papel aí de anotações." (M5)

Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, são tidos como fontes de referência, pois como detêm o conhecimento técnico, suas orientações são valorizadas pelas mães, que buscam esclarecer suas dúvidas com esses profissionais.

"[...] é para mim perguntar isso para o médico e eu esqueci de perguntar ... se é verdade mesmo ou se não é mito do povo." (M1)

"Eu procuro o médico primeiro para ver se vai ser bom para ela ou não vai." (M3)

Entretanto, destacamos que o conteúdo das informações não pode ser esquecido, pois o canal de comunicação entre o profissional de saúde e o cuidador deve ser eficaz e eficiente.

"A médica foi e me falou há pouco tempo, que o mel não é bom dar para criança. Mas, eu não sabia. [...] Aí, acho que foi na consulta de quatro meses [...] ela falou que não é bom dar mel antes de um ano. [...] Eu parei de dar mel. Eu tinha bastante mel, que a minha cunhada tinha me dado, mas eu não dei mais mel para ela. Eu não lembro o que ela falou que causa. Eu não tenho certeza se é câncer ou se é infecção no estômago. É uma coisa assim. Eu esqueço as coisas..." (M10)

Assim, ressaltamos a necessidade de se esclarecer todos os aspectos relacionados à alimentação do lactente, tal como o uso do mel na alimentação infantil que não é indicado antes de um ano de idade, como prevenção do botulismo (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Todavia, acreditamos que este risco

usualmente não seja esclarecido à mãe, fazendo com que a sua utilização persista na alimentação das crianças, antes dos doze meses de idade. No presente trabalho, este fato foi verificado com a mãe M10.

Situação semelhante foi observada com a introdução da clara de ovo. A conduta relatada pela mãe M9, consumo do ovo inteiro, aos seis meses de idade, quando estava iniciando a alimentação complementar, pode evidenciar a falta de informação ou de entendimento. A população menos favorecida, geralmente, tem dificuldade para compreender a linguagem técnico-científica empregada por muitos profissionais, e, muitas vezes, os pacientes sentem-se inibidos em expressar suas dúvidas.

“Porque a pediatra falou para mim que se eu quisesse colocar ovo na comida dele que eu podia colocar... aí, eu fiz assim.” (M9)

Rezende et al. (2002) destacam que a comunicação, entre os profissionais técnicos e as mães ou cuidadores, tem reflexos na efetividade das ações para a promoção da saúde da criança.

Segundo Salve e Silva (2009), na visão da mãe, o médico desempenha o papel de orientador sobre o que oferecer no início da alimentação complementar. As informações técnicas oferecem respaldo científico para as escolhas maternas, validando ou não as informações do senso comum, advindas do meio social e familiar.

Contudo, nem sempre as mães se apoiam na família ou nos profissionais. Há aquelas que tomam as decisões por si, sem levar em consideração as pessoas de seu convívio familiar ou social. Assim, conforme

apreendemos dos discursos maternos, para algumas mães, a figura central desse processo são elas mesmas:

"[...] acho que veio de mim mesmo, porque eu já tive a primeira... já sabia mesmo... vem desde a primeira mesmo... da primeira menina... [...] Mas eu sempre procuro a fazer... o básico mesmo, o que eu já estou mais acostumada, o que eu aprendi com a minha menina, mesmo, quando ela veio." (M4)

"Minha mãe, minha avó mesmo fala para mim que tem que dar mingau para ele, num sei o quê, fala muitas coisas. Só que eu não dou moral. Eu falo... que nem eu falo para elas: eu sei que a senhora já cuidou de mim, minha avó já cuidou, mas, agora, chegou a minha vez, eu tenho que me virar, eu tenho que aprender a cuidar dele... porque não é todas às vezes que eu vou ter alguém perto. Eu mesmo tenho que... tocar o barco para frente... cuidar dele."(M9)

"Não! Foi da minha cabeça mesmo." (M8)

"[...] Não sei... vem de mim mesmo, eu acho que o devo dar eu dou, o que não devo eu não dou não." (M7)

"Ninguém, eu mesmo! Eu sou mãe de quatro!" (M12)

Destacamos que a mãe (M12), que referiu a introdução de comida de sal mais cedo era também uma das mais velhas (31 anos) e tinha quatro filhos. Ao analisarmos sua entrevista, verificamos que continha várias falas dando ênfase à experiência com os filhos anteriores e que sabia como proceder com a alimentação do seu bebê.

A questão de orientações alimentares adotadas anteriormente com os filhos mais velhos poder refletir na conduta materna do filho atual, como foi apontado por Santos, Lima e Javorski (2007) que observaram a escolha do suco como primeiro alimento a ser introduzido na alimentação complementar das crianças, quando atualmente recomendam-se alimentos em consistência mais pastosa. Os autores associaram este fato às antigas condutas utilizadas pelo serviço de saúde.

As características intrínsecas de cada mãe, relacionadas às sensações, ao gosto, aos costumes, estão fortemente arraigadas no comportamento materno. Estas características, algumas delas de caráter subjetivo, foram evidenciadas pelas expressões: “eu gosto...”, “já acostumei...”, “eu imaginava...”, remetem as questões de identidade cultural e interferem nas escolhas maternas, pois fazem parte do “eu” específico de cada indivíduo.

A sensação materna acerca da necessidade dos alimentos para os lactentes, revelou que, muitas vezes, as mães comparavam os lactentes com pessoas adultas, usualmente, a elas próprias e transferiam suas necessidades fisiológicas e preferências alimentares para eles.

Assim, as mães tomaram decisões relativas à alimentação complementar, baseadas em suas próprias experiências sensoriais. A sensação de calor, por parte das mães, foi determinante para a introdução de água, bem como a noção de que alimentos doces ou salgados provocam sede:

“Porque era muito calor, então eu ficava com dó e dava água sim [...] Eu provei o leite e vi que é doce. Eu falei, eu não consigo acreditar que a criança não sente sede. Sente sim. E um calor que é. E eu comecei a dar porque [...] lá é muito quente.[...]. Porque lá deve ser uns 40°C, no mínimo. Eu falei: Meu Deus, não vou deixar minha filha com sede, não. Peguei e dei água para ela.” (M1)

“O motivo certo eu num sei, mas eu achava que ela sentia sede como a gente [risos], como nós. Nós sentimos sede e eu achava que ela sentia também, por isso eu oferecia água. [...] Eu colocava na boca, mas ela não tomava não. Ela tomou... começou a tomar água depois que ela começou a alimentar outras coisas. Aí, acho que deu sede... começou a tomar sopa, aí ela tomava água.” (M6)

“[...] eles [o povo] falavam porque para não ressecar. Eu dava água assim para ela quando estava muito quente [...]” (M2)

“E também, porque estava muito calor. Mesmo se ela [a médica] não tivesse falado eu tinha dado [água].” (M10)

A percepção materna de que a criança tem sede, sente calor e necessita d'água para sua hidratação emerge como uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B), decorrente da sua própria necessidade, sendo assim incontestável para ela, conforme expressam as falas das mães M1, M6 e M10. Deste modo, mesmo com a recusa da criança a mãe continuava a oferecer água. Por outro lado, para a mãe M2 esta crença se origina da cultura popular, do senso comum, representando uma crença de consenso 100% (Tipo A), a qual é compartilhada com as pessoas de seu grupo social.

Depois da introdução de leite não-materno, as mães perceberam que este apresentava maior conteúdo de açúcar, pelo gosto doce, e associaram a isto a necessidade de oferta de água, antevendo a sede:

"Depois que eu comecei a dar o Nan®, aí eu comecei a dar água para ele." (M11)

"Aí, ele começou a beber água também, porque o leite dele já tem doce. O leite da gente, ele não dá sede, mas o leite que é aquele, a massa aí já dá sede, porque a comida sustenta, aí, as pessoas começam a dar sede. Aí, eu peguei e dei água para ele." (M8)

As recomendações para alimentação complementar ressaltam a necessidade da oferta de água, a partir do momento que a criança começa a receber os alimentos complementares (BRASIL, 2002; MINISTÉRIO..., 2002). Nesse sentido, percebemos que as razões que levaram as mães à introdução de água encontram ressonância, em parte, no discurso científico:

"Que já comecei a dar a papa, tive de introduzi a papinha, as frutinhas que é muito doce. Então, já comecei a introduzir a água." (M14)

A alegação da necessidade d'água após a introdução de outros alimentos (salgados ou doces) representa uma crença primitiva de consenso

zero (Tipo B), resultante da experiência sensorial (paladar) da própria mãe. Também, pode ser uma crença de autoridade (Tipo C), advinda do conhecimento técnico científico dos profissionais de saúde.

Os depoimentos das mães revelaram que a oferta dos alimentos às crianças também se associou às sensações maternas, tal como a fome da própria mãe e suas preferências alimentares, conforme evidenciam os discursos:

"[ofereço feijão ao meu filho] porque é minha comida preferida. Então, eu acho que eu gosto, ele vai ter de gostar e eu tenho que por, mas, agora, quando ele crescer, se ele decidir não comer eu não posso obrigar ele a comer. Mas, enquanto está pequenininho eu estou colocando um caldinho de feijão." (M5)

"Ah, eu ofereci porque ela já tinha seis meses. Então, assim, no intervalo do almoço, da fruta, eu dava, eu oferecia um biscoito para ver se ela queria porque eu não queria que ela ficasse com fome, né, sentindo fome. Assim, quando me dava fome, eu imaginava que ela também estava com fome [risos]." (M10)

"[oferecia feijão] só o dia que eu cozinhava. [...] Ah! não sei... Porque eu acho que o feijão fica muito na geladeira, fica muito ali guardado ou congelado. Aí, então, no dia que cozinha fica até mais gostosinho, aquele caldinho grosso. É assim que eu fazia com ela." (M13)

No que se refere à oferta de alimentos às crianças, tendo como parâmetro de julgamento a fome da própria mãe, tal fato revela uma crença primitiva de consenso zero (Tipo B), estabelecida a partir da sensação materna. Quanto à oferta dos alimentos preferidos, esta prática reflete a existência de uma crença primitiva de consenso 100% (Tipo A), pois faz parte do senso comum, no qual as escolhas alimentares da família são fundamentadas nos alimentos que fazem parte do cotidiano familiar, seja pelo acesso, pelo preço ou pelas preferências.

A interferência dos hábitos alimentares maternos, na alimentação oferecida aos filhos, já havia sido descrita por Takushi et al. (2006) ao investigarem as pretensões de gestantes quanto à alimentação do bebê, onde o peixe e o fígado eram os alimentos mais rejeitados pelas gestantes. Esta recusa pode ser devida ao não-consumo destes alimentos por elas.

As sensações maternas como parâmetros de julgamento da alimentação infantil também foram apontadas por Salve (2008). Segundo a autora, as mães consideravam que os “alimentos de panela” (a comida da família) tinham maior poder de saciedade que o leite, e que essa comparação era feita com base na sua própria satisfação, ao consumir um copo de leite ou um prato de comida.

Outro aspecto foi o entendimento/julgamento materno, nos casos, em que a criança dormia pouco e/ou chorava muito:

“É porque ela estava ruim para dormir à noite e eu dava a mamadeira só lá pelas nove horas da noite, porque eu imaginava que talvez ela não dormia de fome, que, talvez, meu leite não sustentava.” (M10)

No senso comum, há o entendimento que a criança dorme menos quando está com fome. Tal fato caracteriza uma crença primitiva de consenso 100% (Tipo A), amplamente difundida pela sociedade. Ressaltamos que, este aspecto é importante e deve ser discutido com as mães pelos profissionais de saúde, esclarecendo-as sobre a necessidade de reconhecer a forma como a criança manifesta sua fome, distinguindo-o de outras situações como: frio, calor, sono, fraldas molhadas ou sujas, e não oferecer comida sem que ela esteja com fome.

Quanto aos cuidados referidos no preparo dos alimentos, depreendemos dos discursos maternos que estes estiveram fortemente ligados aos costumes e práticas maternas sedimentadas no cotidiano das mães:

“Só alho! Eu não gosto de outro tempero, só alho e sal.” (M11)

“Assim... tudo limpinho, tudo novinho, isso eu gosto. As verduras novas, sabe? Não uma verdura muito velha.” (M7)

“Aí, nesse ponto aí eu já sou meio enjoada. [...] Você vai comprar maçã estragada, dá para ele, vai que dá uma infecção de intestino. Você vai lá, banana ali está barata. Oh! O trem está machucado! Vai comprar um trem que está tudo preto para dar para uma criança. Aí, não pode. Aí, tem que ser qualificado.” (M12)

“Assim... eu gosto de colocar a variedade de fruta, né.” (M7)

“[o medico orientou] quando você for dar, você vai por a batatinha de um lado, a beterraba de outro, a cenoura de outro, o couve de outro e vai dar um pouquinho de cada [...] Só que eu já não faço isso, eu não pratico, porque eu gosto de misturar tudo. Só que eu já mexo tudo para ele senti o gosto de tudo.” (M11)

Nas crenças citadas acima, embora as mães usem a expressão “eu gosto”, que dão a entender que são preferências, elas não sinalizam crenças inconsequentes (Tipo E), mas sim crenças centrais de consenso zero (Tipo B), e por estarem relacionadas à auto-identidade são difíceis de serem modificadas.

Observamos também o julgamento materno quanto aos aspectos sensoriais (cor, sabor, forma de apresentação, cheiro) dos alimentos/preparações que compõem a alimentação complementar do seu filho:

“Ah! Tempero, às vezes eu ponho um alho bem amassadinho, pouquinho, para num ficar forte. Coloco bem pouquinho sal, pouquinho óleo também, não ponho muito não. E, às vezes, eu ponho um pouquinho de açafrão também, porque ficar todo dia comendo só branco, branco, deve ser... eu imagino que enjoa. [...] Porque assim se passar na peneira fica muito ralo, me dá uma impressão assim que... fica nojento, não sei... amassar na peneira, agora no garfo eu só amasso um pouquinho, bem amassadinho, mas

fica mais grosso. Não fica aquela coisa muito mole. [...] Não é que é nojento assim. É que fica muito mole, mole demais!" (M10)

A fala acima enfatizando o uso do açafraão pode refletir a valorização da cultura e do hábito alimentar regional, pois este condimento é amplamente utilizado na Região Centro-Oeste para ressaltar a cor e o sabor dos alimentos. Esta prática tem sido perpetuada, ao longo dos anos, pelas famílias de Goiás e simboliza a identidade cultural da culinária goiana.

A recomendação de utilização de alimentos e condimentos regionais é uma estratégia que tem sido enfatizada nos guias alimentares brasileiros (BRASIL, 2002, 2006), contribuindo para o incentivo da produção de alimentos em nível local, melhoria do acesso ao alimento, perpetuação e disseminação da cultura.

Destacamos que os comentários, conselhos, informações e palpites, sobre a alimentação do bebê são inúmeros e bastante diversificados, compreendendo vários aspectos, e provenientes das várias pessoas que fazem parte de seus grupos sociais e familiares. Esta situação demonstra a complexidade que envolve a temática da alimentação infantil e a dificuldade para a mãe na escolha de qual conduta seguir:

"[...] todo mundo gosta de dar os palpites. Não é... assim perto de mim, mas assim, sempre quando eu vou em algum lugar, passear na casa dos meus parentes. Você tem que dar isso para ela, ela já pode comer isso, você pode dar isso para ela. E eu fico assim: será que pode? O médico falou que não, porque que ela que não é médica diz que pode [...] Às vezes eu ouço sim, e acabo dando, ela tem experiência, né. [...] Ah... eu não lembro mais se foi o médico que me disse ou... as pessoas." (M1)

"[...] muitas pessoas opina na alimentação, fala o que deve o que não deve. Geralmente, a gente... eu mesmo, geralmente, eu dou quase de tudo para ela, por causa disso. [...] Ah! Minha sogra... um vizinho, muita gente mesmo fala, né, que é bom... e eu dava." (M7)

"Porque o povo falava que era bom. [...] É porque o povo fala que faz mal. [...] Ah, sei lá! Tanta gente que falou [...]" (M2)

"Inclusive quando a gente vai lá no CAIS, toda vez que eu vou no CAIS eu volto com uma estória para contar. Aí, então, a gente vai pondo aquelas coisas na cabeça. [...] Aí, quando a gente está esperando, aí uma mãe começa a falar uma coisa ali, outra ali. Aí, fala de fralda, fala de mamadeira, fala de dormir de noite, fala que não pode dar o peito à noite. E fala muita coisa. E assim, eu não pego tudo para mim não, algumas coisas." (M10)

"A mãe, a avó, as amigas que já tem filhos, todo mundo fala. [...] Ah, que mãe adora falar de filho! A gente senta e fala: a minha já come isso, a minha já come aquilo. Aí, você deu? Com que idade você deu esse alimento para sua filha? Qual foi a reação dela? Fez mal ou não?" (M14)

Na visão de algumas mães estes conselhos são importantes, para outras não têm valor. Este comportamento antagônico é decorrente do julgamento realizado pelas mães, visto que apesar das várias pessoas envolvidas – profissionais de saúde, principalmente, o médico, familiares, vizinhos, ACSs, outras mães e o povo, as entrevistadas elegem, a partir do senso crítico, as fontes confiáveis e as não-confiáveis, e fazem suas escolhas:

"Porque eu acho que não deve pegar opinião das pessoas, tem muita gente que não quer o bem da criança, da pessoa. Então a gente vai pela cabeça da gente. Não pode ir pela cabeça de outras pessoas." (M3)

"A minha agente de saúde andou dando umas dicas de fazer sopinha, de fazer suco. Às vezes sim, influencia. Mas, para o lado bom, ela me ensinando como fazer suco com várias vitaminas, suco de frutas com folhas, com couve. Tem mais vitaminas... com legumes, frutas com legumes. Do lado bom, influencia do lado bom!" (M6)

"AA gente sabe quando uma pessoa está fazendo uma critic [..]. A gente sabe! Então a gente desconsidera. Aí, eu nem ligo. A gente conhece também a pessoa do lado da gente que quer o bem da gente e que não quer." (M11).

"Num sei... eu tenho muita dúvida, tanto é que tem aquelas pessoas que você confia mais né." (M14)

Outras fontes de informação são lembradas, como: a escola, a mídia e material impresso (livros, cartilhas de orientação e até rótulos de alimentos):

"[...] na escola mesmo a gente tem informação sobre isso, sobre a alimentação de criança." (M7)

"[...] ouvia falar na televisão e aí eu comecei a dar para ela [...]" (M6)

"Igual passou hoje no jornal que as verduras está vindo, hoje em dia, está tendo muito agrotóxico... passou até um médico explicando..." (M5)

"[...] em livro tem essas coisa [...]" (M9).

"Eu fui lá, no mercado, e aí eu vi essa massa, e aí eu li no negócio dele [no rótulo] que ela tem muita vitamina, aí eu ficava com medo de dar outra coisa e ele emagrecer." (M8)

"Eu não coloco óleo. Eu acho que já no caldo [de carne] tem. Eu li que tem. Eu vejo que fica um pouco oleoso por causa do caldo de carne." (M1)

"Uai assim... porque a gente lê que tem muita vitamina, aqueles danoninho." (M3)

A mídia exerce uma forte influência no comportamento alimentar da sociedade contemporânea, criando necessidades e incorporando novos hábitos e valores. As empresas de alimento vêm investindo cifras elevadas na mídia, com o intuito de persuadir a população para maior consumo de produtos alimentícios (COLUGNATI et al. 2008). Estudo realizado por Almeida, Nascimento e Quaioti (2002) revelou que em 432 horas de programação da televisão brasileira, 27,47% de todas as propagandas se referiam a alimentos, e de 1395 anúncios de produtos alimentícios veiculados, 57,80% eram relacionados ao grupo da pirâmide alimentar representado por gorduras, açúcares e doces. No entanto, conforme adverte Alessi (2006), de maneira geral, os comerciais almejam à venda de marcas e não trazem informações sobre os produtos.

A alimentação é um tema que transita entre o saber científico e o popular, com informações provenientes de diversas fontes – família,

profissionais de saúde, grupo social, o próprio conhecimento advindo de experiências e vivências, a mídia...

Assim, depreendemos dos discursos maternos que, muitas vezes, não se pode saber exatamente qual foi a fonte de informação, o que pode significar que foi uma combinação delas:

"Aí eu não lembro mais se foi o médico que me disse ou as pessoas. Assim... minha mãe, minhas cunhadas que já tem nenê fala [...]" (M1)

Ah, eu não me lembro, não. Eu ouvi falar [...] Mas, a pessoa certa que me falou, eu não sei.." (M6)

A sabedoria popular faz parte da cultura de nosso país e da memória do povo. Este conhecimento, fruto do saber popular, foi identificado em vários depoimentos, revelando que as mães de forma explícita ou implícita participam do processo de perpetuação cultural, por exemplo: quando fazem uso de chás para tratar problemas de saúde.

De acordo com Lordelo, Fonseca e Araújo (2000), a cultura, as crenças e as práticas influenciam-se mutuamente. Embora, o indivíduo sofra influência de um sistema cultural de crenças e práticas, ele não é apenas um receptor para essa transmissão cultural, pois suas próprias experiências e as de seu grupo social contribuem para que essas crenças e práticas sejam recriadas.

Nesta perspectiva, percebe-se nos significados das falas que para a mãe acatar alguma informação é preciso que esteja coerente com suas próprias convicções, independente de qual seja a fonte de informação. Assim, no confronto entre as crenças primitivas e as de autoridade, originárias das

experiências de suas mães e avós ou do conhecimento científico do médico, as escolhas se fundamentam nos seus próprios sentimentos, no seu “querer”...

“[...] se vai ser bom a gente pode até concordar e, se não for, não tem como, né, porque a gente não quer ver eles mal. Quer ver o bem do filho da gente, como o de outras pessoas também.” (M3)

“Então, sabe o que eu faço? Eu escuto ali, mas, na minha casa, eu não pratico, para não desfazer das pessoas. [...]. Eu falo: ah é, você está certo... então fica assim... e aí eu não pratico. [...] se eu achei que não está servindo para mim, eu vou entrar na minha casa quietinha e não vou fazer.” (M11)

“O que eu vejo que faz bem para ele, possa fazer bem, que não vai prejudicá-lo, eu faço, eu pego a idéia ou alguma coisa assim. O que eu vejo que não gosto ou o que eu acho que não dá certo, eu não dou ouvidos não.” (M4)

“Aí conforme vai me falando... Aquilo que eu acredito, que eu acho que é certo mesmo, eu faço. Aquilo que ela faz pode dar certo para ela. Mas, se eu acho que não é tão legal eu não faço.” (M14)

“Algumas são propagandas enganosas, mas quando é alguma coisa que eu vejo que vai ser bom para o desenvolvimento dela, eu considero. Como eu acho que o iogurte faz bem para a saúde, para o intestino funcionar bem, aí eu ofereci para ela. [...] Foi uma ajuda, assim, foi um incentivo, mas porque eu já tinha comigo mesmo que era bom, mas se eu tivesse ouvido e achado que não seria bom pra ela eu não teria oferecido.” (M6)

Foi observado também que as mães elegem os temas sobre os quais podem ou não receber informações de outras pessoas que não tenham conhecimento técnico-científico. Deste modo, orientações acerca de remédios e de xaropes caseiros não eram acatadas pelas mães, por acharem que este assunto (medicamentos), deveria ser tratado pelo médico:

“Agora uma coisa que eu tenho muito medo é a respeito de remédio. Isso eu não costumo ouvir muito não. Ah, você dá isso para ela. Remédio! Imagina! Não é para sair receitando remédio.” (M1)

“[...] já [recebi informações]... muitas... muitas... Mas, eu não gostei, porque prejudica a saúde dela. Negócio de dar xaropinho em casa para ela eu acho assim... que a gente tem que ir no médico para saber o que a criança tem, para dar o remedinho para ela.” (M3)

Porém uma das mães, M12, relatou a prática de tratamentos caseiros em detrimento de tratamentos médicos em vários momentos de sua entrevista:

"[...] Mas também dar assim... comprar esses remédios de farmácia, tal de "Cilidron" que eles fala que é bom para cólica, "Luftal", remédio para dor de ouvido esses trens, eu nunca comprei para nenhum filho meu. [...] ponho um pouquinho de mel com um pouquinho de açúcar e queimo [...] Porque o mel ele é respeitado até pela gente que é velho! Eu acho que ele é um remédio [...] eu cozinho o feijão, eu lavo uns pregos enferrujados, põe dentro no feijão, que eu aprendi isso aí, que eu tinha muita anemia, [...] um senhor ensinou [...] Ou então, pego a rapadura mesmo, de cana, rapa, dá uma sementinha na comida... e aí, eu quero ver se não fica uma criança saudável. [...] Aqui não tem negócio de levar no hospital quando está passando mal, está gripado. Eu mesmo sei fazer um chazinho, um xaropinho, eu mesmo sei fazer caseiro, sei qual o remédio, sei tudo! [...] Porque uma gripe, se você não souber curar de uma gripe de criança em casa [...] Deí! [chá] Deí que ele deu aquele negócio... icterícia. Aí ele ficou internado mais uns cinco dias. Aí, eu falei para a médica dele: pode deixar que meu filho eu vou curar lá em casa. Arrumei umas folhas de picão, umas de mandioca e uma telha virgem. Hum!! Num instantinho... não foi nem três dias o menino estava bom! [...]" (M12)

O universo das crenças populares revela várias facetas. Os depoimentos da mãe M12 expressam essa riqueza cultural e as práticas oriundas da sabedoria popular, que contribuem para a formação de crenças primitivas de consenso 100% (Tipo A). Estas atitudes podem ser provenientes da sua história de vida, pois sua mãe tinha este comportamento e ela cresceu com esses ensinamentos e crenças, que foram bem consolidados, ocupando lugar central no sistema de crenças, e, portanto, difíceis de serem modificados.

Alguns depoimentos revelam implicitamente, aspectos do relacionamento entre as mães e os profissionais de saúde. Esclarecemos que nosso objetivo não é analisar a conduta dos profissionais, do ponto de vista técnico, e, sim, como essas mulheres se comportam nessas situações:

"Inclusive a médica até me chamou atenção: mãe, muito novo! Mas eu falei: mas o que vale não é a criança ser nova, é a criança ter apetite, ter vontade, ver os outros comer e quer comer também. [...]" E

a médica não achou bom. Falei: é o que eu posso fazer, eu sei que a senhora é médica, tudo, mas... eu preciso dar isso para ele." (M12)

"Esse [médico] que me orientou foi aqui no CAIS. Ele até me ensinou a fazer o chá para ela. Agora, o lá da maternidade, eu nem falava porque senão danava com a gente... Não, não tem que dar nada não é só o leite e pronto. Aí, esse daqui até me ensinou a fazer o chazinho." (M13)

Para discutirmos a questão das crenças nos reportamos à fundamentação teórica de Rokeach (1981) sobre o sistema de crenças. Segundo o autor, as crenças que ocupam o centro deste sistema são as mais fortes e também as mais difíceis de serem modificadas. No presente trabalho, muitas situações revelam claramente esta situação, pois, muitas vezes, as mães tomam determinadas atitudes que não condizem com as orientações técnicas recebidas, entretanto, acreditamos que como não foram sensibilizadas pelas informações recebidas, não atingiram o sistema de crenças e conseqüentemente, não houve mudanças de atitudes.

Assim, para compreendermos esse processo utilizamo-nos dos conceitos sobre crença e atitude descritos por Rokeach (1981):

Uma atitude é uma organização de crenças, relativamente duradoura, em torno de um objeto ou situação que predispõe que se responda de alguma forma preferencial. [...] Praticamente todos os teóricos concordam que uma atitude não é um elemento básico, irredutível da personalidade, mas representa um agrupamento ou síndrome de dois ou mais elementos inter-relacionados. [...] Na nossa definição, os elementos são crenças subjacentes [...] mais do que opiniões expressas (p. 91-92).

Além disso, devemos considerar que, na organização de atitude cada crença é concebida como tendo três componentes: o cognitivo representando o conhecimento de uma pessoa sobre o que é verdadeiro ou falso, bom ou ruim, e que apresenta variação quanto ao grau de convicção; o afetivo, visto que a

crença é capaz de provocar afeto de intensidade variada, levando a uma posição positiva ou negativa, quando se questiona sua validade e, o comportamental, pois a crença deve desencadear uma ação, se adequadamente ativada (ROCKEACH, 1981).

Desta forma, entendemos que a informação recebida não provocou a mudança comportamental esperada porque no julgamento dessas mães o componente cognitivo considerou a orientação ruim ou falsa, e o aspecto afetivo provocou uma posição negativa, causando a sua recusa. Esta situação demonstra a importância do profissional de saúde conhecer e compreender o universo materno, buscando suas origens para que possa compartilhar valores, provocar empatia e ganhar a confiança, dessas mães, de maneira que suas informações possam efetivamente atingir o sistema de crenças e serem consideradas como crenças de autoridade.

É preciso que o profissional seja capaz de aceitar, de forma incondicional e integral o outro, a despeito de suas opiniões, crenças e valores, acreditando no potencial da pessoa e na sua capacidade de auto-organização. A mãe deve ser vista como uma pessoa única, que tem seu valor e merece crédito, não sendo apropriado qualquer tipo de julgamento.

Esse processo é difícil e deve ser construído paulatinamente para que tenha bases sólidas. Além disso, requer esforços dos profissionais, os quais devem estar motivados para mudanças, pois como afirmam Ickisato e Shimo (2002, p. 584):

Desconstruir valores/significados que estão arraigados é complexo e demorado, porque são valores que hoje não servem ou não são aceitos, mas que fizeram parte da vida de outrora.

A finalização desta categoria temática nos revela um panorama de vários fatores presentes no cotidiano materno, que se entrelaçam e convergem para um mesmo ponto: as decisões maternas quanto à alimentação complementar de crianças. Desta forma, a tomada de decisões é permeada por elas, que privilegiam ora a criança, ora a mãe, dependendo do contexto de vida e do momento vivenciado pela mãe. Esta escolha é única e é feita pela mãe, por meio das suas percepções e de sua história de vida.

Pelegrin (2008) enfatiza que os processos que exigem tomadas de decisões quanto à escolha alimentar implicam na reavaliação e redefinição das atitudes e envolvem aspectos da subjetividade da mãe e do contexto social em que se inserem.

Neste sentido, os resultados do estudo de Alvarado et al. (2005) sobre as crenças maternas, as práticas alimentares e o estado nutricional de crianças afro-colombianas revelam que, a maioria dos comportamentos acerca da alimentação infantil se estabelece como norma cultural ou costume arraigado nas mulheres da região, enquanto outras práticas estão relacionadas às condições sociais. Segundo os autores, algumas crenças com efeitos negativos, devem ser trabalhadas por meio de intervenções educativas, enquanto outras, com impacto positivo, devem ser reforçadas.

Acreditamos que o discurso apresentado abaixo retrata este momento de decisão, e mostra a interlocução de alguns aspectos abordados nas categorias temáticas: a sensação materna (nunca gostei de dar...), a preocupação com a saúde e a experiência com a maternidade anterior:

"Agora... essas coiseiras, tipo Skinny®, balinha, doce, essas coisas... pirulito, eu nunca gostei de dar... desde a minha primeira menina, tanto que nem leite com açúcar ela não gosta. [...] Essas coisas assim não! Além de tirar o apetite dele, atrapalhar na alimentação, no almoço, no jantar. [...] Começando desde agora a dar esse tipo de coisa, começa a estragar os dentinhos, né, o dente já nasce com problema, cariado. Eu acho que isso aí não é uma boa não. Para criança nenhuma não faz bem não." (M4)

Ressaltamos que a realidade observada no presente trabalho evidencia a necessidade de um maior acompanhamento materno na fase de introdução da alimentação complementar, para valorizar os aspectos positivos e tentar discutir as práticas que precisam ser revisadas.

No entanto, enfatizamos a importância de compreender a prática alimentar cotidiana na sua integralidade, isto é, não se restringindo apenas aos alimentos, mas, abarcando também a utilização e o modo de consumo, que envolvem a seleção e a aquisição, modo de preparo, quando e quem consome, ocasiões e adequações de consumo, assim como: regras, valores, normas, crenças e significados que permeiam o consumo alimentar e a alimentação (CANESQUI, 2005a).

A introdução precoce de alimentos complementares em lactentes (antes dos seis meses de idade), além de não oferecer vantagens, tem efeitos negativos bem conhecidos relacionados à morbidade infantil (BRASIL, 2002; GIUGLIANI; VICTORA, 2000). O preparo desses alimentos pode acarretar riscos de contaminação alimentar durante a manipulação (BRASIL, 2002; MORAIS; MORAIS; SIGULEM, 1998). Essa prática também pode comprometer o desenvolvimento da criança, pois o preparo inadequado de sopas pode levar a uma baixa densidade energética, como também pela ingestão de sucos como

substitutos de refeições (BRASIL, 2002). Tal situação assume riscos maiores quando a aquisição de alimentos representa aumento da despesa no orçamento familiar.

Em geral, os estudos sobre as práticas alimentares de crianças revelam: a introdução precoce de água e chá (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; KAKUTE; KROLL; NGWANG, 2005; PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003; SOUSA et al., 2008; VIEIRA et al., 2004; WAYLAND, 2004), a alta probabilidade da criança consumir refeições baseadas em leite e mingaus (SALDIVA et al., 2007, OLIVEIRA et al., 2005), o baixo consumo de comida de sal no horário do jantar (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007) e a introdução tardia da comida da família (BRUNKEN et al., 2006).

Dados recentes, provenientes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (MINISTÉRIO..., 2008) confirmam esta realidade, e indicam que o padrão alimentar entre os menores de 24 meses pode ser caracterizado como o de introdução de alimentos em idades não-oportunas, tanto de forma precoce como tardia. Este relatório ressalta pontos que devem ser considerados no processo de introdução de alimentos:

A alimentação complementar dos lactentes merece cuidados dos serviços e profissionais de saúde, sobretudo para promover e orientar a introdução de alimentos à dieta das crianças pequenas na idade apropriada e com alimentos adequados do ponto de vista da qualidade e da aceitação social e cultural (MINISTÉRIO..., 2008, p.251).

A respeito da influência das crenças na alimentação infantil, destacamos que a mesma crença, para diferentes atores, pode ser A, B, C, D ou E,

dependendo da história de vida do indivíduo, a qual é construída a partir das relações sociais, isto é, do convívio social e familiar. Assim, dependendo da sua localização no sistema de crenças, pode ser mais ou menos resistente à mudança.

O sistema de crenças do indivíduo é complexo e as novas crenças devem ser compatíveis com aquelas já existentes, caso contrário, será gerada uma tensão, que resulta na recusa da nova crença ou na repadronização do sistema de crenças, devido à incorporação da nova crença.

Os resultados deste trabalho, assim como os de outros autores (PONTIERI; BACHION, 2009; REIS, 2006; STUCHI; CARVALHO, 2003) revelaram um predomínio de crenças centrais, Tipo A (de consenso 100%) e Tipo B (de consenso zero), que precisam ser conhecidas pelos profissionais de saúde para que sejam consideradas no planejamento das ações de educação em saúde.

O grupo participante retrata a dificuldade de muitas famílias que vivem em condições menos favorecidas e enfrentam inúmeros desafios para criar seus filhos. Assim, se por um lado as participantes vivem num contexto de baixa renda, precárias condições de moradia, dependentes da ajuda da família, por outro, esforçam-se para dar a melhor condição de saúde possível para seus filhos, assumindo responsabilidades e comportamentos que possam garantir-lhes o bem-estar.

Neste sentido, concordamos com Pelegrin (2008, p.146) ao afirmar:

Como profissional, não devemos rotular as mulheres que mostram maior ou menor vulnerabilidade para conduzir uma inadequada alimentação infantil, mas procurar provê-la de suporte necessário a condução de uma prática alimentar satisfatória, considerando as especificidades de cada experiência. Mais que saber o que essa mulher está oferecendo a seu filho, em termos nutricionais, é entender o porquê e como esta mulher faz, de modo que a resposta encontrada sirva de subsídio para que nós, profissionais de saúde, desempenhemos nossa função com qualidade, seriedade e eficácia.

Portanto, cabe ao profissional apoiar os aspectos positivos e ajudar na superação das fragilidades, numa ação multidisciplinar, interinstitucional e intersetorial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho apreendemos e, em alguns casos, confirmamos algumas lições importantes. A primeira delas é a persistência, para que possamos vencer todos os obstáculos e desafios. Nesse sentido, a escolha de um trabalho de abordagem qualitativa representou um grande desafio, pois implicou repercussões na nossa trajetória profissional em decorrência da limitada experiência, nesta área. Assim, para adquirir maturidade e segurança foi preciso trilhar um longo percurso, onde cada vivência permitiu um novo avanço.

Algumas contribuições devem ser destacadas, como: a realização da disciplina "Abordagens Qualitativas da Pesquisa em Saúde e Enfermagem", que representou a nossa primeira incursão no universo de pesquisas qualitativas. Posteriormente, ao cursarmos a disciplina "Análise de Dados na Pesquisa Social em Saúde e Enfermagem", atingimos um passo importante nesta trajetória, ou seja, maior aprofundamento e experiência.

Ao analisarmos o caminho percorrido, cremos ter evoluído bastante, pois nas primeiras entrevistas, ainda experimentávamos insegurança e, felizmente, ao final da coleta de dados, mais confiantes, as entrevistas foram melhores conduzidas, evidenciando diálogos eficazes e fluentes entre entrevistadora e entrevistadas.

A etapa de revisão bibliográfica significou outro desafio, dada a escassez de trabalhos sobre este assunto. Diante da dificuldade, adentramos na área de Antropologia, o que nos trouxe valiosas contribuições. Constatamos que há poucas publicações sobre o tema, em questão, oriundas de profissionais nutricionistas, pois a maioria dos trabalhos existentes é de autores médicos e enfermeiros.

Certamente, este fato demonstra a importância do nosso estudo e serve como um norte para futuros trabalhos. Para nossa tranquilidade, percebemos que apesar de cada autor trilhar seu próprio caminho, utilizando diferentes referenciais, foram revelados resultados coerentes entre si, que dão suporte mútuo para os achados, sugerindo possíveis tentativas de metanálise de abordagem qualitativa.

Hoje, nossa visão é mais ampla. As pequenas coisas, os detalhes são percebidos e valorizados. Assim, acreditamos que para que as mães possam incorporar qualquer orientação/recomendação do profissional de saúde é preciso que haja investimento na empatia, possibilitando a quebra de paradigmas do profissional e da população atendida.

O caminho para a implementação de práticas alimentares saudáveis inicia-se na infância, por meio da adoção das medidas preconizadas nos Dez Passos. Contudo, para que estas recomendações sejam efetivamente realizadas pelas mães, no cotidiano de suas vivências, é preciso que haja um canal de comunicação entre os interlocutores, que possibilite à mãe narrar suas fragilidades sem que haja julgamento, por parte dos profissionais, a fim de se estabelecer uma relação de confiança.

Para que isto se concretize, o profissional da área da saúde deve escutar e analisar os fatos, mediante o cenário de vida destas famílias, para que possa compreendê-las e juntos buscarem a solução para os problemas. É importante a compreensão da influência do contexto cultural na tomada de decisão do ser humano, onde respeitar o indivíduo, partilhar saberes e costumes é essencial para que o profissional de saúde possa, efetivamente, alcançar seu objetivo de educação em saúde.

Nesta perspectiva, ressaltamos que durante a fase de coleta de dados, muitas vezes, presenciamos demonstrações de respeito e carinho que estas famílias têm pelos ACSs, em geral, reconhecidos pela população por serem membros integrantes de seu grupo social, o que reflete positivamente no desempenho do seu papel na ESF: ser o elo entre os serviços de saúde e a comunidade.

Acreditamos que, os aspectos do relacionamento humano vivenciados durante a execução deste trabalho, onde a empatia e a confiança foram características essenciais para o diálogo, direcionarão nossas experiências futuras, em prol da melhoria da alimentação.

Quanto à alimentação complementar, pela análise das falas, de modo geral, o processo de introdução dos alimentos complementares é construído a partir de uma rede de informações que são confrontadas com as crenças que cada mãe possui. É também uma fase em que a mãe se percebe com grande responsabilidade, pois o bebê está totalmente dependente dela e a introdução da alimentação complementar, além de nutrir, representa também a descoberta dos sabores e o início da formação dos hábitos alimentares. Neste processo há

uma série de situações que exigem tomadas de decisões baseadas em suas crenças.

O processo é dinâmico, característico de cada mãe, sendo as escolhas feitas de acordo com o contexto de vida, privilegiando em algumas situações a criança e, em outras, a mãe.

Além disso, ao mesmo tempo em que reflete a vivência atual, é influenciado pelas experiências anteriores. Desta forma, há de se considerar que a escolha feita por uma mãe, pode não ser a melhor para outra, e que nem sempre a decisão adotada anteriormente pode ser reproduzida com êxito, pois a criança e o momento de vida da mãe são diferentes, apresentando características específicas.

Assim, para consolidar e garantir o sucesso da introdução da alimentação infantil, de modo apropriado, estes aspectos devem ser considerados pelos profissionais de saúde e discutidos com as mães.

A alimentação complementar vai além dos alimentos que a compõem e do aspecto nutricional, incorporando também aspectos dietéticos e higiênicos, empregados no preparo e conservação dos alimentos, os sociais que revelam o cenário em que a criança é alimentada e como este processo ocorre no cotidiano – as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mães.

Quanto aos Dez Passos, a análise das entrevistas revelou que, alguns deles já estão fortemente incorporados no contexto da alimentação das crianças, tal como: a alimentação variada, colorida, com introdução gradual e o esforço para a aceitação da alimentação, mesmo durante processos de adoecimento e convalescência.

Entretanto, outros ainda não foram internalizados. Os depoimentos expressaram maior resistência ao Passos 1 e 2, pela dificuldade em manter o aleitamento exclusivo por seis meses, sem a introdução da água e do chá, e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos.

Também foi referida a introdução inoportuna de outros alimentos, de forma precoce ou tardia, bem como a inadequação da consistência da alimentação, comprometendo a densidade energética.

Estas dificuldades ressaltam a importância do profissional de saúde conhecer a realidade de cada mãe, com suas particularidades, para que possa discuti-las com as mesmas e, juntos, buscarem a melhor solução, evitando uma posição inflexível e impositiva, que dificulte ainda mais a adoção de práticas saudáveis.

No que se refere à composição da alimentação das crianças, não foi observado um padrão quanto ao alimento oferecido e a idade da criança, com exceções d'água e do chá que usualmente foram introduzidos mais cedo. A alimentação complementar variou em função da presença ou não do aleitamento materno e dos alimentos introduzidos. Em alguns casos, baseou-se fundamentalmente no consumo de leite materno e, em outros, numa dieta mais diversificada, composta de leite (materno ou fórmulas lácteas), frutas e "comidas de sal" (sopa ou "comida da família"). Esta variação decorre do comportamento da criança, de modo que, para algumas o processo de introdução dos alimentos é mais difícil e a criança não aceita os novos alimentos, enquanto em outros casos este processo é tranquilo e evolui gradativamente.

Enfatizamos, ainda, que a temática "crenças relacionadas à alimentação infantil" é muito ampla e deve ser discutida por equipe multidisciplinar, onde a participação do nutricionista é essencial para que se estabeleça um diálogo entre as ciências sociais/antropológicas e as ciências da saúde/saúde coletiva.

A tentativa de compreender o universo das crenças para fundamentar as ações dos profissionais de saúde, no atendimento/aconselhamento das pessoas levou-nos a refletir sobre os desafios inerentes a este processo. Um deles se configura na dificuldade que nós, profissionais de saúde, temos em adotar uma nova postura, mais humanística e reflexiva, onde precisamos deixar de lado as prescrições que nos caracterizam como donos da verdade, magnânimos e assumirmos um papel mais reservado, de expectador e, ao mesmo tempo, condutor do processo de mudanças, no qual as soluções devem ser apontadas pela própria população, com base na sua realidade e na identificação dos seus problemas.

Esse papel não é fácil, pois tudo é novo e não temos formação para adotarmos esta postura, haja vista o modelo educacional que vigorou por tanto tempo nos cursos de saúde.

Esta mudança exige quebra de paradigmas, o que implica em uma redescoberta de nosso papel, enquanto promotores da saúde e expõe dificuldades e fragilidades que precisam ser superadas, a fim de sermos efetivamente agentes de mudanças, de modo que a população nos considere uma autoridade reconhecida, por nossas ações, e não imposta pela nossa formação educacional, de tal forma que nossas orientações atinjam o sistema de crenças, por meio das crenças Tipo C e D.

Ao fazermos uma análise sobre a nossa expectativa no início deste trabalho, percebemos que tínhamos a idéia pré-concebida de que haveria muito mais problemas e dificuldades do que aspectos positivos, pois conforme se observa nos pressupostos descritos anteriormente, trazíamos vários pré-conceitos negativos sobre as práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar. Todavia, verificamos que o trabalho revelou resultados que vão além dos pressupostos, mostrando que as mães possuem muitas práticas e crenças saudáveis que devem ser valorizadas e reforçadas, porque representam suas fortalezas.

Neste sentido, destacamos que a realidade observada evidencia a necessidade de maior acompanhamento materno, nesta fase de introdução da alimentação complementar, para valorizar os pontos positivos e tentar discutir as práticas que precisam ser revisadas.

A composição do sistema de crenças identificado, neste estudo, revela que as crenças maternas têm papel primordial nas escolhas e nas práticas que norteiam a introdução da alimentação complementar, pois derivam do encontro com o objeto, por meio das experiências particulares de cada mãe e de fontes confiáveis que a mãe tem como autoridade.

As fontes de informação são variadas e cada uma contribui com uma parcela na construção do referencial das crenças maternas. Algumas são mais valorizadas, como aquelas provenientes da família e de pessoas próximas, pois as mães se sentem ancoradas nos conselhos e demonstrações de afeto destas pessoas. Para algumas mães e dependendo da situação, os profissionais de

saúde também são tidos como fonte de referência, em menor proporção, talvez, pela falta de vínculo.

Muitas vezes, o profissional de saúde não estabelece um envolvimento com as famílias e não toma conhecimento das particularidades de cada mãe. O contato com as famílias é generalizado e superficial, fato que dificulta o reconhecimento, a valorização e a inserção destes profissionais no contexto de vida do grupo em questão.

O Quadro 2 apresenta uma síntese das práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida.

A maioria das crenças foi classificada como primitivas de consenso 100% (Tipo A) e de consenso zero (Tipo B), que são incontrovertíveis, incontestáveis, não sendo sujeitas à discussão, e crenças de autoridade (Tipo C), advindas de pessoas tidas como de credibilidade para estas mães. Esta configuração caracteriza uma posição centralizada das crenças, o que implica na maior dificuldade de mudança. Apenas algumas foram classificadas como derivadas (Tipo D) e somente uma como inconsequente (Tipo E), localizadas na periferia do sistema de crenças. O conhecimento do sistema de crenças desta população surge como uma alternativa para os profissionais de saúde se aproximar deste grupo e atuarem efetivamente na promoção da saúde.

As crenças representam a herança cultural, característica de cada mãe, e como produto da cultura, sofrem influências do meio social e das condições de vidas destas mulheres, tais como: a escolaridade, a renda, a procedência, o acesso à mídia e às instituições de saúde, bem como de suas características comportamentais (capacidade crítica e a resignação e acomodação).

Quadro 2. Práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças no primeiro ano de vida. Região Noroeste de Goiânia, 2008.

PRÁTICAS	CRENÇAS	CLASSIFICAÇÃO
Introdução precoce de chá.	O chá é bom para cólica, acalma o bebê, ajuda a dormir. O chá não é alimento.	Tipo A – consenso 100% Tipo C – autoridade
Introdução precoce de água.	A criança tem sede, precisa da água para hidratar. A água não é alimento.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade
Introdução precoce de substituto do leite materno: leite Nan® nos primeiros meses de vida do bebê. Oferta de mingaus preparados usualmente com Mucilon® ou Maisena® ou farinha Nutribom®	O leite é pouco, não sustenta mais, a criança está passando fome, o leite secou, não era possível amamentar ao retornar ao trabalho, a criança não quis mais o leite, quanto mais tarde introduzir outro alimento mais difícil será a aceitação da criança, a criança amamentada é muito "apegada" a mãe. Os mingaus são nutritivos.	Tipo B – consenso zero Tipo D – derivada
Substituição do Leite Nan® pelo Leite Ninho® ou leite de vaca fluido (pasteurizado ou <i>in natura</i>)	O leite Nan® é caro.	Tipo B – consenso zero
Introdução gradativa da alimentação complementar, quanto à consistência, idade da criança e alimento.	A introdução dos novos alimentos deve ser feita aos poucos para a criança ir se acostumando.	Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade
Introdução tardia de alimentos complementares	A criança prefere o leite materno, a criança não gosta de determinados alimentos.	Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade
As mães não dão prioridade à oferta de sucos na alimentação complementar. Oferta de fruta, quando ocorre é feita na forma de forma de papa ou suco, de modo não persistente.	A criança não gosta de fruta.	Tipo B – consenso zero
Sucos preparados usualmente com concentrados engarrafados ou pó artificial	Esta preparação é mais prática.	Tipo B – consenso zero
Oferta da sopa para introduzir a comida de sal. Adição de arroz, macarrão e/ou caldo de feijão à sopa.	A sopa é alimento apropriado para criança.	Tipo A – consenso 100% Tipo C – autoridade
Oferta de Danoninho®.	Danoninho® tem muito cálcio, é bom para a criança, faz bem para os ossos.	Tipo C – autoridade Tipo D – derivada

Quadro 2 (Cont.). Práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida. Região Noroeste de Goiânia, 2008.

PRÁTICA	CRENÇA	CLASSIFICAÇÃO
Oferta de alimentação variada (diversificada)	O consumo de alimentos variados é importante para assegurar uma alimentação saudável.	Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade Tipo D – derivada
Uso de condimentos com moderação	A alimentação infantil deve ser menos temperada que a do adulto	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade
Uso de condimentos e alimentos industrializados	Estes produtos são de preparo fácil e rápido, facilitando a rotina materna.	Tipo D – derivada Tipo B – consenso zero Tipo A – consenso 100%
Ambigüidade na permissão das mães para que a criança coma guloseimas	É errado permitir que a criança coma guloseimas, porque não são alimentos saudáveis, mas a criança tem vontade. Não oferecer o que a criança tem vontade significa privar e frustrar.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero
Oferecimento de alimentos ao bebê quando ele vê outras pessoas comendo e manifesta desejo. I	Crianças têm vontade de comer o que vê outras pessoas comendo.	Tipo B – consenso zero
Oferta de alimentos macios, em consistência pastosa, bem picados.	Alimentação da criança tem que ser mais macia e sem alimentos que evitem episódios de engasgo	Tipo A – consenso 100% Tipo C – autoridade
Utilização do feijão na alimentação da criança.	Alimento forte, que sustenta, rico em ferro, bom para anemia.	Tipo A – consenso 100%
Evita a oferta de feijão à noite Oferta somente o caldo de feijão	O feijão é um alimento pesado. Alimentos “pesados” não devem ser consumidos à noite. Caldo de feijão é um alimento “leve”, não faz mal para o bebê.	Tipo A – consenso 100%
Esforço em garantir a aceitação da alimentação: priorização das preferências alimentares da criança, “distrair” a atenção do bebê na hora da alimentação, utilização de recursos para melhorar o sabor e a aparência dos alimentos (uso de espessantes, condimentos, caldos concentrados, mel, açúcar).	A criança recusa a comida se não tiver sabor agradável. O sal, o mel, o açúcar, os condimentos melhoram o sabor. A comida deve ter uma boa apresentação porque a aparência agradável desperta o apetite, a vontade de comer.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade

Quadro 2 (Cont.). Práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida. Região Noroeste de Goiânia, 2008

PRÁTICA	CRENÇA	CLASSIFICAÇÃO
Utilização de cuidados de higiene diferenciados na escolha e preparo da alimentação da criança: lava verduras com atenção, uso de água filtrada, fervida ou mineral, limpeza criteriosa dos utensílios e do ambiente.	A criança é mais susceptível às infecções. A higiene previne infecção.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade Tipo D – derivada
A mãe é responsável pelo preparo da alimentação do bebê e também de alimentá-lo.	A alimentação da criança é responsabilidade da mãe.	Tipo A – consenso 100%
Estabelecimento de rotina de horário para as refeições da criança	O bebê tem que ter horário certo para fazer suas refeições É necessário organizar as atividades de cuidado do bebê com as demais atividades e afazeres domésticos	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero
Consumo dos alimentos logo após o preparo, descarte da sobra. Quando sobra alimento preparado para a criança este é reaproveitado, sendo consumido pela mãe.	O consumo de alimento “guardado” (que não é feito na hora) pode deteriorar e fazer mal ao bebê, que é mais sensível. Jogar alimentos no lixo é desperdício. O adulto é mais resistente que a criança.	Tipo A – consenso 100% Tipo C – autoridade
Armazenamento de alimentos prontos sob refrigeração	O alimento armazenado fora da refrigeração pode deteriorar ou contaminar e fazer mal se for consumido.	Tipo A – consenso 100% Tipo C – autoridade
Evita o consumo de alimentos com produtos químicos conservantes e agrotóxicos	Os alimentos com produtos químicos, conservantes ou agrotóxico podem fazer mal para o bebê.	Tipo C – autoridade Tipo D – derivada
Uso de utensílios específicos para o bebê	O bebê é mais suscetível às infecções e deve ter os utensílios deles. Utensílios específicos é uma forma de expressão de afeto materno.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero Tipo C – autoridade
Aquisição de utensílios de plástico para oferecer alimentação ao bebê.	Utensílios de plástico são mais seguros e duráveis que os de vidro.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero
Escolha dos modelos de utensílios do bebê (cor, detalhes, enfeites, desenhos)	Há utensílios específicos para alimentação infantil mais bonitos que outros.	Tipo E - inconsequente

Quadro 2 (Cont.). Práticas e crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças, no primeiro ano de vida. Região Noroeste de Goiânia, 2008

PRÁTICA	CRENÇA	CLASSIFICAÇÃO
Uso de mamadeiras, chucas e chupetas	O uso de mamadeira/chuca e chupeta facilita a rotina materna, possibilita o retorno ao trabalho e diminui o estresse e ajuda o bebê a dormir.	Tipo A – consenso 100%
Evita o uso de mamadeiras e chucas	Mamadeiras e chucas prejudicam o aleitamento materno	Tipo C – autoridade Tipo D – derivada
Evita o uso de chupeta	Chupeta é prejudicial à saúde da criança, porque é anti-higiênica.	Tipo B – consenso zero
Escolha dos alimentos que compõem o cardápio do bebê ocorre em função do preço, acesso aos mesmos e hábitos da família.	A mãe é a responsável pela contenção e gestão do orçamento em relação à alimentação. A criança tem que se adaptar aos hábitos alimentares da família.	Tipo A – consenso 100%
Tomada de decisões materna acerca da alimentação complementar é centrada em suas preferências e experiências sensoriais e avaliação crítica das opiniões e informações recebidas.	A criança, assim como o adulto, apresenta percepção gustativa (paladar). A experiência sensorial da mãe é um parâmetro confiável para conduzir as escolhas alimentares da criança. A própria mulher apresenta discernimento para considerar as informações e opiniões disponíveis e proceder à tomada de decisão.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero
A mulher considera a opinião de sua mãe e avó no processo de alimentação complementar.	A mãe e a avó são fontes confiáveis de referência, pela experiência acumulada e bem sucedida.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero
A mulher considera as informações oferecidas pelo médico, enfermeira, agente comunitário de saúde, no processo de alimentação complementar.	Os profissionais detêm conhecimentos válidos sobre o processo de alimentação complementar	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero
A mulher considera as informações veiculadas na mídia (televisão, rótulos de produtos, cartazes, folhetos de campanhas) para a seleção, higiene e modo de preparo de alimentos.	A mídia é fonte de informação confiável sobre a alimentação.	Tipo A – consenso 100% Tipo B – consenso zero

Para que o sistema de saúde seja capaz de influenciar positivamente o conjunto de crenças da população atendida, visando a adoção de práticas saudáveis, é necessário que o atendimento à saúde, por parte das instituições, seja “sentido” pela população como algo que pertença ao seu entorno social. Porém, atualmente, o universo de conhecimento científico, em saúde, ainda está distante da realidade de vida das pessoas, pois apesar do acesso ao sistema de saúde, o contato com os profissionais de saúde é pontual e não caracteriza uma ligação duradoura, com trocas e retornos para ambos, não sendo capaz de assumir a figura de autoridade, que possa gerar crenças derivadas (Tipo D) e influenciar no sistema de crenças.

A ESF representa uma possibilidade para resgatar a inclusão dos profissionais de saúde no contexto social, com o devido reconhecimento e valorização por parte da população. Contudo, é preciso que as ações sejam desempenhadas da forma como foram previstas no plano ideológico da ESF, promovendo a inserção dos profissionais no cotidiano das famílias e proporcionando a aproximação entre população e sistema de saúde.

Segundo destaca Rokeach (1981), existem dados que sugerem que as mudanças duradouras podem ocorrer mais em função do resultado de uma dada educação do que de procedimentos de persuasão experimentalmente orientados. Esta análise reforça a importância que o desempenho do profissional de saúde tem sobre o alcance dos resultados almejados na promoção de saúde das pessoas.

Vários depoimentos revelaram momentos de conflitos de crenças. Estas situações evidenciam a complexidade do sistema de crenças, no qual as

informações provêm de diversas fontes de referência, podendo ser coincidentes ou divergentes.

Acreditamos que o sistema de crença não é imutável, pelo contrário, ele está em contínua interação com o meio social, sofrendo influência do contexto social e cultural, conforme destacado anteriormente por Pátaro (2006). Assim, aspectos como: educação, capacidade de análise e espírito crítico, condições socioeconômicas, globalização, mídia, religiosidade, características psicológicas pessoais - conformismo e baixa estima - são determinantes para a construção do sistema de crença de cada pessoa.

Algumas mães podem sentir-se inseguras para desempenharem os cuidados inerentes à maternidade e ao receber várias informações podem sentir-se cada vez mais impotentes e dar menor credibilidade às suas próprias percepções, aumentando sua baixa estima. Deste modo, acatam as informações provenientes de terceiros sem estabelecer qualquer análise.

A mídia contribui para a divulgação do conhecimento, porém é importante que as informações sejam analisadas e julgadas pelas mães, e não consideradas como verdade absoluta.

Cabe, então, o apoio do profissional de saúde buscando compreender o contexto de vida destas mulheres, apoiá-las, valorizar suas potencialidades e enfatizar a importância do convívio familiar, enquanto parte de suas identidades.

Levando em consideração todos estes fatores, vislumbramos que o investimento em educação é o caminho para que os profissionais de saúde possam efetivar ações de promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis.

Destacamos que a ênfase em educação deve ser tanto para o profissional de saúde – na formação mais humanística, respeitando o saber popular – como para a população que precisa ser capaz de expor suas crenças e percepções, sem medo ou vergonha, sendo continuamente estimulada a pensar sobre seus valores, sua realidade de vida e a buscar soluções viáveis, por si própria.

Almejamos que este trabalho aponte novas perspectivas de pesquisas na área de Nutrição e nas demais áreas de saúde. As normas sociais que direcionam o comportamento alimentar dos grupos sociais precisam ser conhecidas para que possam subsidiar o planejamento das ações em saúde. Também, é importante um maior aprofundamento nas percepções e crenças sobre a alimentação infantil que estabelecem o senso comum dos vários grupos sociais, assim como, o conhecimento das diferenças e semelhanças que os caracterizam.

Espera-se que este trabalho traga contribuições para os profissionais de saúde, a fim de ampliar seus conhecimentos sobre a alimentação, ultrapassando a visão meramente biológica, e incorporando múltiplos olhares, direcionando suas ações em prol da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

ALESSI, N. P. Conduta alimentar e sociedade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n.3, p. 327-332, 2006.

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 353-355, 2002.

ALVARADO, B. E.; TABARES, R. E.; DELISIE, H.; ZUNZUNEGUI, M.V. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 55, n. 1, p. 55-63, 2005.

AMORIM, S. T. S. P. **Alimentação infantil e o marketing da indústria de alimentos: Brasil, 1960-1988**. 2005. 162 f. Tese. (Doutorado em História). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/handle/1884/3490>>. Acesso em: 29 dez 2008.

ANDERSON, E. S.; JACKSON, A.; WAILOO, M. P.; PETERSEN, S. A. Child care decisions: parenteral choice or chance? **Child Care, Health and Development**, Oxford, v. 28, n. 5, p. 391-401, 2002.

ANSALONI, J. A. Propaganda, transição nutricional e segurança alimentar. In: TADDEI, J. A. A. C. (Coord.) **Jornadas científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007**. Barueri/SP: Minha Editora, 2008. cap. 2, p. 19-32.

AQUINO, R. D. C. A., PHILIPPI, S. T., Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 655-660, 2002.

ARAÚJO, M. F. M.; DEL FIACO, A.; PIMENTEL, L. S.; SCHIMITZ, B. A. S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 135-141, 2004.

ARREGUY-SENA, C.; HENRIQUES, M. D. G.; STUCHI, R. A. G. Crenças de mulheres com vida sexual ativa na escolha ou não de métodos contraceptivos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v. 24, n.1, p.79-94, 2003.

ASSIS, A. M. O.; BARRETO, M.L.; SANTOS, L. M. P.; SAMPAIO, L. R.; MAGALHÃES, L. P.; PRADO, M.S.; SANTOS, N. S.; GALVÃO, N. M.; SILVA, R. C.; OLIVEIRA, V. A. **Condições de vida, saúde e nutrição na infância em Salvador**. Salvador: Bureau, 2000. 165p.

AUDI, C. A. F.; CORRÊA, A. M. S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 85-93, 2003.

BACHION, M. M.; CARVALHO, E. C.; BELISÁRIO, V. L.; CARDOSO, A. C. Algumas reflexões sobre categorias de comportamentos verbais orais e seu emprego pela enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.118-124, 1998.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. (Tradução de Waltensir Dutra). 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BARBOSA, M. B.; PALMA, D.; BATAGLIN, T.; TADDEI, J. A. A. C. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 55-62, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008. 281p.

BARTON, S. J. Infant feeding practices of low-income rural mothers. **American Journal of Maternal Child Nursing**, New York, v. 26, n. 2, p. 93-97, 2001.

BIGOT-CHANTEPIE, S.; MICHAUD, L.; DEVOS, P.; DEPOORTÈRE, M. H.; DUBOS, J. P.; GOTTRAND, F.; TURCK, D. Conduite de la diversification alimentaire: enquête prospective jusqu'à l'âge de 6 mois. **Archives de pédiatrie**, Paris, v.12, p.1570-1576, 2005.

BIRCH, L. L. Os padrões de aceitação do alimento pelas crianças. **Anais Nestlé: sabor e saciedade**, São Paulo, v.57, p.12-20, 1999.

BIRCH, L. L; FISHER, J. O. Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, Illinois, v.101, p. 539-549, 1998.

BRASIL, B. G. **Percepções, experiências e atitudes em relação ao aleitamento materno, de mulheres atendidas em unidades de saúde no Município de São Paulo**. 2006. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 210 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRUNKEN, G. S.; SILVA, S. M.; FRANÇA, G. V. A.; ESCUDER; M. M.; VENÂNCIO; S. I. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 445-451, 2006.

BUENO, M. B.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B.; PAZ, S. M. R. S.; GIMENO, S. G. A.; SIQUEIRA, A. A. F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1456-1460, 2003.

CANESQUI, A. M. Antropologia e nutrição. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 207-216, 1988.

CANESQUI, A. M. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a. cap. 1, p. 23-47.

CANESQUI, A. M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b. cap. 9, p. 167-210.

CANESQUI, A. M. Qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-216, 2007.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a. 305p.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: _____. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b. p. 9-19

CAO, X.; RAWALAI, K.; THOMPSON, A. J.; HARTEL, G.; THOMPSON, S.; PATERSON, J. H.; CHUSILP, K. Relationship between feeding practices and weanling diarrhoea in Northeast Thailand. **Journal of Health, Population, and Nutrition**, Dhaka, v.18, n.2, p. 85-89, 2000.

COLLIÈRE M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 285p.

COLUGNATI, F. A. B.; KAMIMURA, M. A.; BAXMAM, A. C.; GARÓFOLO, A. Conjuntura nacional no processo de transição nutricional. In: TADDEI, J. A. A. C. (Coord.) **Jornadas científicas do NISAN**: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007. Barueri/SP: Minha Editora, 2008. cap. 16, p. 231-249.

CORREIA, M.H.S.; MENEZES, I. H. C. F.; CAMPOS, M. R. H.; SERAFINI, A. B.; ANDRÉ, M. C. D. P. B.; RIBEIRO, R. V. V. G.; ROSA, F. A.; AGUIAR, C. D. S. Práticas dietéticas e higiênicas e avaliação microbiológica da alimentação complementar de lactentes atendidos no Cais do Parque das Amendoeiras, Goiânia – GO. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 7., 2003, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, 2003. p. 39.

CROCETTI, M.; DUDAS, R.; KRUGMAN, S. Parental beliefs and practices regarding early introduction of solid foods to their children. **Clinical Pediatrics**, Philadelphia, v. 43, n. 6, p. 541-547, 2004.

CUNHA, R. R. Potencialidades e desafios, marcas da Região Noroeste. Universidade e Sociedade. Flash UCG. **Jornal O Popular**. Goiânia, 07 de abril de 2006. Disponível em: <<http://www2.ucg.br/flash/Flash2006/Abril06/060407agyn.html>> Acesso em: 4 mar. 2008.

DAELMANS, B.; MARTINES, J.; SAADEH, R. Special issue based on a World Health Organization Expert Consultation on complementary feeding. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v. 24, n. 1, p. 126-129, 2003.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z. Valor e sociedade. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D (Org.). **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 3, p. 57-68.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Para pensar o salário mínimo**. Estudos e pesquisa ano I n. 5, 2004. 5 p. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/esp/estpesqsalmin_0105.pdf> Acesso em: 29 dez. 2008.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Salário mínimo e distribuição de renda**. Nota técnica. n. 6, 2005. 7p. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatecSMDR.pdf>> Acesso em: 29 dez. 2008.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Salário mínimo necessário**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminjan09.xml>> Acesso em: 20 dez. 2008.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 5, p. 157-184.

DEVINCENZI, M. U.; MATTAR, M. I. G.; CINTRA, E. M. Nutrição no primeiro ano de vida. In: SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1996. cap. 20, p. 319-346.

DEWEY; K. G.; BROWN, K. H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v.24, n.1, p. 5-28, 2003.

DIOGO, M. F.; COUTINHO, M. C. A dialética da inclusão/exclusão e o trabalho feminino. **Interações: estudos e pesquisa em psicologia**, São Paulo, v.11, n. 21, p.121-142, 2006.

DUTTA, T.; SYWULKA, S. M.; FRONGILLO, E. A.; LUTTER, C. K. Characteristics attributed to complementary foods by caregivers in four countries of Latin América and the Caribbean. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v.27, n.4, p. 316-326, 2006.

EHIRI, J. E.; AZUBUICE, M. C.; UBBAONU, C. N.; ANYANWU, K. M. I.; OGBONNA, M. O. Critical control points of complementary food preparation and handling in eastern Nigéria. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v.79, n.5, p. 423-433, 2001.

FARIA JÚNIOR, G., OSÓRIO, M. M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.6, p-793-802, 2005.

FLORES-HUERTA, S.; MARTINEZ-ANDRADE, M. C. G.; TOUSSAINT, G.; ADELL-GRAS, A.; COPTO-GARCÍA, A. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: bases técnicas. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, México, v. 63, p.129-144, 2006.

FREYRE, G. **Casa grande & senzala**. 39. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 668p.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Organização Mundial de Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o trabalho integral: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

GA, O. Infant feeding practices, socio-economic conditions and diarrhoeal disease in a traditional area of urban Ilorin, Nigeria. **East African Medical Journal**, Nairobi, v.73, n.5, p. 283-8, 1996.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.4, p. 483-492, 2003.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. (tradução Pedrinho A. Guareschi). 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. cap. 3, p. 64-89.

GIARD, L. Cozinhar. In: CERTEAUX, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano: morar, cozinhar** (tradução Ephraim F. Alves e Lúcia Endlich Orth). 2. ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1996. p. 211- 332.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisa? In: _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. cap. 4, p. 41-56.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl 3, p. s253-s262, 2000.

GOIÂNIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Rede Básica. **Documento Técnico**: diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde para o trabalho das equipes de saúde da família. Goiânia, 2006. Não paginado.

GOMEL, J. N.; ZAMORA, A. English and spanish-speaking latina mothers' beliefs about food, health, and mothering. **Journal of Immigrant and Minority Health**, New York, v. 9, p. 359-367, 2007.

GRISI, S. Puericultura sob um novo enfoque: crianças que viverão cem anos ou mais. In: TADDEI, J. A. A. C. (Coord.) **Jornadas científicas do NISAN**: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007. Barueri/SP: Minha Editora, 2008. cap. 18, p. 265-273.

GUSMAN, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005. Disponível em: <<http://www.Teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06052005-112835/>> Acesso em: 15 dez. 2005.

- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408p.
- ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p. 578-585, 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ECONOMIA (IBGE). Censo Demográfico 2000. **Nupcialidade e fecundidade**. Resultados da amostra. Notas metodológicas, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/notas.pdf - 2003-12-26 - Text Version>. Acesso em: 2 ago. 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ECONOMIA (IBGE). **Contagem da população 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/GO.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ECONOMIA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/analise/pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ECONOMIA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de Indicadores, 2006**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/default.shtm>> Acesso em: 02 ago 2008.
- KAKUTE, P. N.; KROLL, K. A.; NGWANG, L. K. Cultural barriers to exclusive breastfeeding by mothers in a rural area of Cameron, Africa. **Journal of Midwifery & Women's Health**, New York, v.50, n.4, p. 324-327, 2005.
- LACERDA, E. M. A ACCIOLY; E. Alimentação complementar do lactente. In: ACCIOLY; E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetria e pediatria**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. cap. 17, p.333-352.
- LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N.S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.
- LINCOLN, Y. S.; GUBA, E.G. Establishing trustworthiness. In:_____. **Naturalistic inquiry**. California: Sage, 1985. cap. 11, p. 289-331.

LORDELO, E. R.; FONSECA, A.L.; ARAÚJO, M. L. V. B. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.13, n.1, p. 73-80, 2000.

MACIEL, M. E. Identidade cultural e alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 49-55.

MARCHIONI, D. M. L.; LATORRE, M. R. D. O.; SZARFARC, S. C., SOUZA, S. B. Complementary feeding: Study on prevalence of food intake in two Health Centers of São Paulo City. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 51, n. 2, p 161-166, 2001.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. Abordagens de Pesquisa Qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. (Tradução Ivone Evangeista Cabral). 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. cap. 9, p.122-139.

MATHEUS, M. C. C. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006. cap. 1, p. 17-22.

MENEZES, I. H. C. F.; CAMPOS, M. R. H.; CORREIA, M. H. S.; MARTINS, K. A.; GIL, M.F; MONTE, C. M. G. M. **Manual técnico do agente: alimentação da criança menor de dois anos**. Goiânia: Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Centro-Oeste, 2005. 33p.

MENNELLA, J. A.; TURNBULL, B.; ZIEGLER, P. J.; MARTINEZ, H. Infant feeding practices and early flavor experiences in mexican infants: an intra-cultural study. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v.105, n.6, p. 908-915, 2005.

MENSAH, P.; TOMKINS, A. Household-level technologies to improve the availability and preparation of adequate and safe complementary foods. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v.24, n. 1, p. 104-125, 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 26. ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2007a. cap. 1, p. 9-30.

MINAYO, M. C. S. Construção dos instrumentos e exploração de campo. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. cap. 8, p. 189-203.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007c. cap. 10, p. 261-298.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Organização Pan Americana da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 45p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da mulher e da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 306p. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>> Acesso em: 4 set. 2008.

MINTZ, S. W. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.16, n. 47, p. 31-41, 2001.

MONTE, C. M. G.; ASHWORTH, A.; NATIONS, M. K.; LIMA, A. A.; BARRETO, A.; HUTTLY, S. R. A. Designing educational messages to improve weaning food practices of families living in poverty. **Social Science and Medicine**, New York, v. 44, n. 10, p. 1453-1464, 1997.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, Supl. 5, p. s131-s141, 2004.

MONTE, C. M. G.; MUNIZ, H. F.; DANTAS FILHO, S. **Promoção da nutrição de crianças menores de cinco anos no dia-a-dia da comunidade: manual para médicos, enfermeiros, nutricionistas e agentes comunitários de saúde**. Vitória: Ed. do autor, 2001. 233p.

MONTE, C. M. G.; SÁ, M. L. B. **Guias alimentares para crianças de 6-23 meses no nordeste do Brasil: da teoria à prática**. Fortaleza: The British Council, 1998. 51p.

MORAIS, T. B.; MORAIS, M. B.; SIGULEM, D. M. Bacterial contamination of the lacteal contents of feeding bottles in metropolitan, São Paulo, Brazil. **Bulletin of World Health Organization**, Geneve, v.76, n. 2, p. 173-181, 1998.

MOTARJEMI, Y.; KÄFERSTEIN, F.; MOY, G.; QUEVEDO, F. Alimentos de destete contaminados; un important factor de riesgo de diarrea y malnutrición asociada. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 116, n. 4, p. 313-330, 1994.

NAKANO, A. M. S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”**. 2003. 145 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

NAKANO, A. M. S.; REIS, M. C. G.; PEREIRA, M. J. B.; GOMES, F.A. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 2, p. 230-238, 2007.

OLIVEIRA, L. P. M.; ASSIS, A. M. O.; GOMES, G. S. S.; PRADO, M. S.; BARRETO, M. L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1519-1530, 2005.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; PÁDUA, K. S., HARDY, E.; SANDOVAL, L. E. M.; BENTO, S. F. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.2, p. 172-179, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. (PAHO). World Health Organization. Division of Health Promotion and protection. Food and Nutrition Program. **Guiding principles for complementary feeding of the breast fed child**. Washington, DC, 2003. 37p. Disponível em: <<http://www.paho.com>>. Acesso em: 16 dez. 2005.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M.A.B.L.; JAMAS, M.L. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 2, p. 282-289, 2007.

PÁTARO, S. O. **Cultura e sujeito**: o papel das crenças na organização do pensamento humano, 2006. 191 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <libdigi.unicamp.br/document/?down=vtls000383506>. Acesso em: 20 dez. 2009.

PELEGRIN, R. C. P. **O cuidado com a alimentação de crianças menores de uma na perspectiva materna**. 2008. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19122008-161515/>>. Acesso em: 12 fev. 2009.

PELTO; G. H. Maternal care-giving and nutrition. In: YOUNG, K.W.; CHA, L. Y.; YULL, L. K; SOON, J. J.; HE, K. S. INTERNATIONAL CONGRESS OF NUTRITION, 14, 1989, Seoul, Korea. **Proceedings...** Seoul, Korea: Fourteenth International Congress of Nutrition Organization Committee, 1989, p. 729-733.

PELTO; G. H.; LEVITT, E.; THAIRU, L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints and the design of interventions. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo, v.24, n. 1, p.45-82, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Compreensão do delineamento da pesquisa qualitativa. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. (Tradução Ana Thorell). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004a. cap. 9, p.199-221.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Análise dos planos de amostragem. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. (Tradução Ana Thorell). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004b. cap. 10, p. 222-244.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Avaliação dos métodos de coleta de dados. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. (Tradução Ana Thorell), 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004c. cap. 11, p.247-284.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Avaliação da mensuração e da qualidade dos dados. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. (Tradução Ana Thorell), 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2004d. cap. 12, p. 285-306.

POLÔNIO, M. L. T.; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1653-1666, 2009.

PONTES, C. M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSÓRIO, M. M. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 357-364, 2008.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. [periódico eletrônico], Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=514>. Acesso em: 16 jan. 2009.

POULAIN, J. P. In: _____. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. (Tradução Rossana Pacheco da Costa Proença, Carmen Sílvia Rial; Jaimir Conte), Florianópolis: Editora da UFSC, 2004. cap.11, p. 243-267.

POULAIN, J. P. PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, 2003a.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 365-386, 2003b.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. **Dados gerais.** Disponível em: <<http://www.goiania.go.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. Rede URB-AL. Programa de cooperação entre cidades da Europa e da América Latina. **Um estudo sobre a pobreza: políticas e perspectivas em Goiânia.** 2005. 76p. Disponível em: <http://www.goiania.go.gov.br/Download/seplan/informacoes/guia_urbal.doc>. Acesso em: 20 dez. 2008.

RAMOS, M.; STEIN, L.S. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl.3, p. S229-S237, 2000.

REIS, O. M. **Crenças de portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 e de médicos do Programa Saúde da Família: uma perspectiva para compreender a adesão ao tratamento.** 2006. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Convênio Rede Centro-Oeste – UFG – UnB – UFMS, Goiânia, 2006.

REZENDE, M. A.; SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. L. R.; CHIESA, A. M.; BERTOLOZZI, M. R. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p.234-238, 2002.

ROKEACH, M. **Crenças, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança.** Rio de Janeiro: Interciência, 1981. 178p.

ROTEMBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n.1, p. 85-94, 2004.

SALDIVA, S. R. D. M.; ESCUDER, M. M.; MONDINI, L.; LEVY, R. B.; VENÂNCIO, S. I. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n.1, p. 53-58, 2007.

SALVE, J. M. **Estudo das representações sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes.** 2008. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-15052008-135858/>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

SALVE, J. M.; SILVA, I. A. Representações sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 43-48, 2009.

SANTOS, C. S.; LIMA, L. S.; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.7, n.4, p. 373-380, 2007.

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO, C. A. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 5-12, 2007.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. **Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto do Jequitinhonha**. Minas Gerais, Revista de Nutrição, Campinas, v. 17, n.4, p. 437-447, 2004.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA. **Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.6, n.1, p. 29-38, 2003.

SOARES, M. L. P. V. Vencendo a desnutrição: abordagem social. In: SOLYMOS, G. M.; SAWAYA, A. L. (Org). **Vencendo a desnutrição**. 2. ed. São Paulo: Salus Paulista, 2004. v. 4. p. 26-44.

SOARES, N. T.; GUIMARÃES, A. R. P.; SAMPAIO, H. A. C.; ALMEIDA, P. C. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13 n.3, p. 167-176, 2000.

SOUSA, L. M.; MENEZES, I. H. C. F., CORREIA, M. H. S.; MARTINS, K. A.; ROSA, L. P. S. **Situação do aleitamento materno na Região Noroeste de Goiânia**. Goiânia: Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás, 2008. 54p.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; VEIGA, P. C. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 4. p. 133-156.

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. 2008. 198 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25032008-165955/>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

STUCHI, R. A. G.; CARVALHO, E. C. Crenças dos portadores de doenças coronarianas, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p. 74-79, 2003.

TAKUSHI, S. A. M. **Alimentação complementar na opinião de gestantes**. 2003. 103 f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/fiah/online/>>. Acesso em: 9 jan. 2006.

TAKUSHI, S. A. M.; TANAKA, A. C. A.; GALLO, P. R.; BRESOLIN, A. M. B. Perspectivas de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 6, n.1, p.115-125, 2006

TAMAYO, A.; LIMA, A.; MARQUES, J.; MARTINS, L. Prioridades axiológicas e uso de preser. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 167-175, 2001.

TRONTO; J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Org). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro, Record/Rosa dos Tempos, p. 186-203, 1997 .

TWOMEY, A. et al. Feeding infants an investment in the future. **Irish Medical Journal**, Dublin, v.93, n.8, p.248-250, 2000.

VAUCHER A. L. I., DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n.02, p. 207-214, 2005.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. O.; ALMEIDA, J. A. G.; CABRAL, V. A. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 411-416. 2004.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; FELDENS, C. A.; DRACHLER, M. L. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1448-1457, 2005.

WAGNER, A.; PREDEBON, J.; MOSMANN, C.; VERZA, F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 181-186, 2005

WANG, Y., MONTEIRO, C. A.; POPKIN, B. M. Trend of obesity and underweight in older children e adolescents in the USA, Brazil, China and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 75, p. 971-9777, 2002.

WAYLAND, C. Padrões de amamentação em Rio Branco, Acre, Brasil: um estudo sobre fatores associados com o desmame. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1757-1761, 2004.

WOORTMANN, K. A. A comida, a família e a construção do gênero feminino. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.103-129, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding: family foods for breastfed children**. Geneva: World Health Organization; 2000. 52 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: World Health organization, 1998a. 228 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva: World Health organization, 1998b. 111p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Resolution WHA57. 17. **Global strategy on the diet, physical activity and health**. Proceedings of the 57th World Health Assembly, 2004, 22 may. Geneve: WHO, 2004. 20p.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada

APÊNDICE C - Ficha de Identificação da Entrevistada

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA :

Título do Projeto: Crianças - mães - relacionadas à alimentação complementar da criança

Pesquisador Responsável: Mária Helena Souza Correa

Telefones para contato: (062) 3521-1349 ou (062) 3521-1825 ou 9773-4505

Pesquisadores participantes:

Maria Márcia Barchon - Faculdade de Enfermagem - (062) 3521- 1122

Marcelo Medeiros - Faculdade de Enfermagem - (062) 3521-1822

Descrição da Pesquisa:

O objetivo desta pesquisa é analisar as crianças maternas relacionadas à alimentação complementar da criança no primeiro ano de vida. A alimentação complementar compreende a etapa de introdução de outros alimentos que não seja o leite materno ao bebê. As informações obtidas neste estudo poderão ajudar a compreender o comportamento materno com relação à introdução de alimentos às crianças pequenas e a influência do contexto socio-econômico, na

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Márcia Helena Sacchi Correia, sou nutricionista, professora da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás e gostaria de convidar você para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de você não aceitar participar não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone 3521-1340, que foi onde este projeto recebeu aprovação para sua realização, quanto aos aspectos éticos nele envolvidos.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA :

Título do Projeto: Crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças

Pesquisador Responsável: Márcia Helena Sacchi Correia

Telefones para contato: (062) 3521-1824 ou (062) 3521-1825 ou 9973-4598

Pesquisadores participantes:

Maria Márcia Bachion - Faculdade de Enfermagem - (062) 3521- 1822

Marcelo Medeiros - Faculdade de Enfermagem - (062) 3521-1822

Descrição da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é analisar as crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças no primeiro ano de vida. A alimentação complementar compreende a etapa de introdução de outros alimentos que não seja o leite materno ao bebê. As informações obtidas neste estudo poderão ajudar a compreender o comportamento materno com relação à introdução de alimentos às crianças pequenas e a influência do contexto sócio-econômico, da

mídia e dos profissionais de saúde neste processo. Estas informações são importantes para a implementação de ações de educação em saúde que atendam as necessidades das mães e contribuam com a saúde do bebê.

Para realização desta pesquisa estamos propondo uma entrevista na sua residência por aproximadamente uma hora, para colher sua opinião sobre a introdução da alimentação complementar de crianças no primeiro ano de vida. Para não perder nenhum detalhe esta entrevista será gravada. Depois de ouvir e transcrever, para o papel, sua entrevista, se acharmos necessário solicitaremos um novo encontro para esclarecimentos de dúvidas. De qualquer modo, nos encontraremos novamente para mostra a você o texto referente às suas falas, para que examine se há algo mais que deseja acrescentar.

Acreditamos que esta pesquisa não envolve riscos à sua saúde, integridade física ou moral. Todas as informações que você der são confidenciais. Você pode retirar seu consentimento de participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você ou a criança. Os dados da pesquisa serão posteriormente apresentados em eventos científicos e literatura científica, na área de saúde, sem revelar sua identidade. O pesquisador não está recebendo nenhuma remuneração por este trabalho.

Qualquer dúvida sobre o estudo poderá esclarecida neste momento ou posteriormente com a entrevistadora, por contato telefônico ou novo encontro.

Data:

Assinatura do Pesquisador

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____

RG _____, abaixo assinado, aceito participar na pesquisa intitulada "Crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças no primeiro ano de vida". Fui devidamente esclarecida pela pesquisadora Márcia Helena Sacchi Correia sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os seus possíveis riscos e benefícios. Foi-me garantido anonimato sobre os dados coletados e que poderei desistir de participar em qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo. Também fui informada que os dados coletados durante a pesquisa serão divulgados em eventos e literatura científica da área de saúde.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura da Entrevistada

III - Como mãe/pai de criança de 0 a 24 meses:

- ambiente/corredor em que a criança come
- uso de colher, copo, mamadeira
- textura dos alimentos (amassados, liquidizados)
- motivos/fatores que levaram a ter estas atitudes

IV - Pessoas que influenciaram a alimentação do bebê:

- recebeu orientação/informação de alguém
- quem
- qual informação

V - Outras informações sobre a alimentação do(s) meu(s) filho(s) que você queira comentar.

APENDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Temas

I – Introdução de alimentos complementares:

- quando começou a dar outros alimentos (inclusive água e chá) além do leite materno para seu(sua) filho(a)
- o que motivou essa introdução
- teve alguma dificuldade
- quais alimentos ele(a) já experimentou

II – Preparo dos alimentos:

- bebê come a mesma comida que a família
- quem prepara
- horário que começa a preparar os alimentos
- consistência dos alimentos
- temperos utilizados
- o que leva em conta para fazer a comida do seu(sua) filho(a)
- motivos/fatos que levaram a ter estas atitudes no preparo dos alimentos
- no caso do alimento preparado não ser consumido totalmente o que você faz com ele.

III - Como oferece o alimento ao filho(a):

- ambiente/contexto em que a criança come
- uso de talher, copo, mamadeira
- textura dos alimentos (amassados, liquidificados)
- motivos/fatos que levaram a ter estas atitudes

IV – Pessoas que influenciaram a alimentação do bebê:

- recebeu orientação/informação de alguém
- quem
- qual informação

V - Outras informações sobre a alimentação do(a) seu(sua) filho(a) que você queira comentar.

APÊNDICE C - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA

ANEXOS

- Nome: _____

- Idade:

- Procedência:

- Número de anos de estudo (escolaridade):

- Estado civil:

- Renda familiar:

- Número de filhos:

- Conta com ajuda de alguma pessoa para cuidar do filho?

Sim ()

Não ()

Quem:

Tipo de ajuda:

ANEXO 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE BÁSICA
DIVISÃO DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTES

ANEXOS

Memo Nº 287/2017

Goiânia, 12 de novembro de 2017

ANEXO 1 – Parecer Técnico da Divisão da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente –SMS de Goiânia

PARECER

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás

Considerando que a identificação das creches das mães pode resultar alguns aspectos que interferem na identificação completa, no momento de se fazerem as participações. Nesse sentido, este estudo pode proporcionar conhecimentos que contribuirá para melhorar os parâmetros de ações de educação em saúde, tendo em vista a situação real.

Desta forma, recomenda-se parecer favorável para a aprovação do referido projeto. Solicitamos que a realização final da pesquisa seja encaminhada para a SMS/ Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente após a conclusão da mesma.

Em goiânia

Goiânia, 12 de novembro de 2017

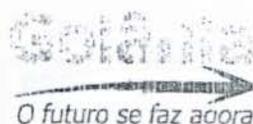

N.º 287/2017


DIRETORIA DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTES

ANEXO 1



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REDE BÁSICA
DIVISÃO DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE



Memo.Nº 2897/2007.

Goiânia, 12 de novembro de 2007

Do: DEPARTAMENTO DE REDE BÁSICA /DIVISÃO DA SAÚDE DA MULHER,
CRIANÇA E ADOLESCENTE.

Para: DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS

PARECER

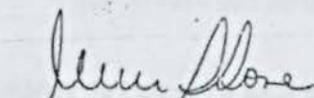
Em resposta à solicitação da Divisão de Recursos Humanos encaminhamos parecer técnico da Divisão da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente referente ao projeto de pesquisa intitulado "*Crenças maternas relacionadas à alimentação complementar de crianças no primeiro ano de vida.*"

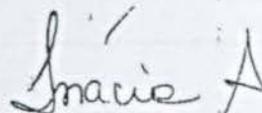
Concordamos que a identificação das crenças das mães pode elucidar alguns aspectos que influenciam na alimentação complementar, no cotidiano social e familiar dos participantes. Nesse sentido, este estudo pode proporcionar conhecimento que contribuirá como subsídio no planejamento de ações de educação em saúde, tendo em vista a alimentação saudável.

Desta forma, manifestamos parecer favorável para a execução do referido projeto. Solicitamos que o relatório final da pesquisa seja encaminhado para a SMS/ Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente após a conclusão da mesma.

É o parecer

Goiânia, 12 de novembro de 2007


Mariana Policena
Nutricionista


Inácia Araújo Silva
Chefe da DSMCA

Divisão de saúde da Mulher, Criança e Adolescente

ANEXO 2



PROTOCOLO Nº
030/2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

I – Identificação: 030/2007

- Título do projeto: **Crenças Maternas Relacionadas à Alimentação Complementar de Crianças no Primeiro Ano de Vida**
- Pesquisador Responsável: **Márcia Helena Sacchi Correia**
- Instituição onde será realizado: **Faculdade de Nutrição**
- Data de apresentação ao COEP: **13/03/2007**

II – Objetivos:

Analisar as crenças maternas relacionadas à introdução da alimentação complementar de crianças no primeiro ano de vida.

Objetivos Específicos:

- Identificar as práticas e crenças adotadas pelas mães em relação à:
 - preparo de alimentos introduzidos no primeiro ano de vida;
 - forma de oferecimento
 - local e contexto onde a criança é alimentada
 - tipos de alimento utilizados e critério de escolha

III – Sumário do projeto:

- Descrição e caracterização da amostra:

A amostra da pesquisa consistirá de 30 mães, escolhidas aleatoriamente, na região Noroeste de Goiânia que estejam cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF) e que tenham tido parto na Maternidade Nascer Cidadão.
- Critérios de inclusão e exclusão:

Serão elegíveis para o projeto os mães residentes na região noroeste de Goiânia que tenham filhos de seis a doze meses de idade nascidos na Maternidade Nascer Cidadão e que estejam cadastradas no PSF
- Adequação da metodologia:

A metodologia consiste coleta de entrevista a ser realizada com as mão utilizando roteiro semi-estruturado.

- Adequação das condições:

As entrevistas serão realizadas nas casas das mães utilizando gravador de voz sendo o material transcrito posteriormente.

IV – Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

- Estrutura do protocolo

O protocolo apresentado contém todos os documentos exigidos pelo COEP/UFG

- Análise de riscos e benefícios:

Em princípio a pesquisa não oferece riscos aos sujeitos, uma vez que consistirá de entrevista com os participantes.

- Estrutura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

- O TCLE está adequado.

- Forma de obtenção do Termo de Consentimento:

Antes da entrevista

- Privacidade e confidencialidade

Garantida no TCLE

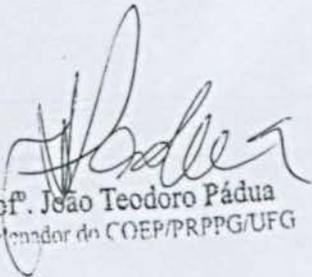
V – Parecer do COEP:

Após a análise do projeto de pesquisa "Crenças Maternas Relacionadas à Alimentação Complementar de Crianças no Primeiro Ano de Vida" verificou-se que o mesmo encontra-se de acordo com as normas vigentes devendo se considerado como **APROVADO**.

Salvo melhor juízo, este é o meu parecer.

Goiânia, 07/05/2007

Assinatura do Coordenador/COEP:


Prof. João Teodoro Pádua
Coordenador do COEP/PRPPG/UFG