

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE RN

TAYNE LIMA DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTAÇÃO EM
CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS**

MOSSORÓ – RN

2015

TAYNE LIMA DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTAÇÃO EM
CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como
exigência parcial para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Ms. Amélia Resende Leite

MOSSORÓ – RN

2015

TAYNE LIMA DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTAÇÃO EM
CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS.**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Ms. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)

Orientador

Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

Membro

Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

Membro

*“O mundo está nas mãos daqueles que tem coragem de sonhar e de correr o risco de viver seus sonhos”
(Paulo Coelho)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por permitir que eu chegasse até aqui, me dando coragem para enfrentar todos os obstáculos.

Agradeço a minha mãe (Zilda), heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis de desânimo e cansaço.

Ao meu pai (Francisco) que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e me ajudou e que acreditou que eu iria superar tudo.

Agradeço ao meu irmão (Wesley) que nos momentos de minha ausência soube me entender e me aguentar nos momentos em que estava triste ou estressada. A minha afilhada (Eloá) que por ela que me interessei por este tema, além de me proporcionar muitos sorrisos.

Obrigada a toda minha família tias e tios, primas e primos que com palavras valiosas me trouxeram força para cada dia de minha vida.

Meu agradecimento aos meus amigos e amigas (Ângela, Jeroneuma, Priscila, Patrícia), colegas de classe, colegas de trabalho que fizeram parte da minha formação que ficaram nos bastidores torcendo por minha vitória.

A minha orientadora Amélia Resende agradeço que se disponibilizou a ajudar na elaboração do meu trabalho monográfico, com paciência, inteligência, o qual não seria capaz de concluir sem a ajuda e o suporte dela, sempre esteve disponível para esclarecer minhas dúvidas. Com esse jeitinho calmo e encantador que conquista a admiração de todos que a rodeiam, aqui o meu muito obrigado!

As professoras Patrícia Helena e Verusa por terem aceitado a participar da minha banca, colaborando para a importância da minha pesquisa. Exemplos de mães coragem, por trabalhar, estudar, lecionar, ser esposa, e cuidar dos seus filhos como ninguém.

Gostaria de agradecer as mães que se disponibilizaram seu tempo para responder a entrevista.

Para concluir aos enfermeiros e professores da FACENE – Mossoró que foram alicerce para minha formação profissional. Agradeço a todos que fizeram parte da família FACENE – Mossoró, muito obrigada.

RESUMO

O primeiro ano de vida é um período caracterizado por rápido crescimento e desenvolvimento. O Crescimento e o desenvolvimento são indicadores da saúde das crianças, e por essa razão o acompanhamento desses processos se constitui na ação eixo da assistência à saúde da criança, voltado para o paradigma aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. O Estudo teve como objetivo avaliar as concepções e práticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos. Trata-se de um estudo de uma pesquisa de campo, que fez uso de dados pertinentes as respostas colhidas nas entrevistas com as mães em duas unidades de saúde de Russas- CE. A amostra foi constituída de 15 mães, totalizando 100% da amostra. A capacidade de conhecimento foi avaliada através da aplicação de entrevista semiestruturada com perguntas fechadas e abertas. A análise dos dados foi feita no software Microsoft Excel em forma de planilha. Foram obtidas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse. Na análise dos resultados, encontrou-se a capacidade das mães para o reconhecimento de uma alimentação saudável. Na análise encontrou-se visualizar dúvida entre a opinião das mães sobre condutas médicas quanto às orientações de seguir um protocolo único para a amamentação. Os resultados obtidos enfocaram para um quadro de receio quanto a erros pertinentes a uma má alimentação, como também, receio de não estar atendendo às necessidades nutricionais da criança, a ingestão de uma alimentação complementar ganhou destaque em um momento forte da pesquisa. A análise evidenciou-se de forma favorável para o cuidado na escolha e higienização dos alimentos ofertados para a criança. Em suma o trabalho trouxe dados que mostraram um aumento na amamentação exclusiva e a introdução de alimentos complementares. Firmando a vertente do conhecimento das mães sobre uma alimentação adequada até os 2 anos de idade.

Descritores: Crescimento e Desenvolvimento. Aleitamento materno. Nutrição infantil.

ABSTRACT

The first year of life is a period characterized by rapid growth and development. Growth and development are indicators of the health of children, and for this reason the monitoring of these processes is in action axis of health care to the child, facing the paradigm exclusive breastfeeding and complementary feeding. The study aimed to evaluate the conceptions and practices on maternal nutrition in children under two years. It is a study of a field research, which made use of data relevant responses collected in interviews with mothers in two health units Russas/ CE. The sample consisted of 15 mothers, totaling 100 % of the sample. The knowledge capacity was assessed by applying semi -structured interview with closed and open questions. Data analysis was done in Microsoft Excel software in the form of spreadsheet. The absolute frequencies were obtained and on the variables of interest. In analyzing the results, it was found the ability of mothers to recognize a healthy diet. The analysis found himself questions please view the opinion of mothers about medical procedures as guidelines to follow a single protocol for breastfeeding. The results focused to a fear frame as the relevant errors to a poor diet, but also afraid to not be meeting the nutritional needs of children , the intake of complementary feeding was highlighted in a strong time of the survey . The showed analysis is favorably for the care in choosing and hygiene of the food offered to the child. In short the work brought data that showed an increase in exclusive breastfeeding and the introduction of complementary foods. Steadying the vision of knowledge of mothers on proper nutrition up to 2 years old.

Keywords: Growth and Development. Breast-feeding maternal. Infant nutrition .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
3 REFERENCIAL TEÓRICO	8
3.1 CARACTERÍSTICAS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS COM ATÉ 2 ANOS	8
3.2 IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAÚDAVEL NOS 2 PRIMEIROS ANOS DE VIDA	10
3.3 PRECONIZAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA	11
3.4 PAPEL DA MÃE NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE	14
4 METODOLOGIA	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 LOCAL DO ESTUDO	17
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA	17
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES	18
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS E INFORMAÇÕES	18
4.6 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS E INFORMAÇÕES	19
4.6.1 Análise de Conteúdo	19
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	19
4.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA	20
5 RESULTADOS	21
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS MÃES	21
5.2 CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA E ALIMENTAR	22
5.3 CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE ALIMENTAÇÃO SAÚDAVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	24
5.4 ALIMENTOS OFERECIDOS E EVITADOS PELAS MÃES AOS SEUS FILHOS	26
5.5 CUIDADOS E FATORES INFLUENTES NA ESCOLHA DOS ALIMENTOS OFERECIDOS AOS FILHOS	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	37
ANEXO	41

1 INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida é um período caracterizado por rápido crescimento e desenvolvimento. Nessa fase, o leite materno é considerado de forma consensual, como o único alimento capaz de atender, de maneira adequada, todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes (PARADA; CARVALAES; JAMAS, 2007).

A demanda nutricional do lactente é prontamente atendida pelo aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. Sendo necessária a adequação nutricional dos alimentos complementares na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso. Nesse contexto, atingir a alimentação adequada das crianças na primeira infância deve ser um componente essencial da estratégia global para a segurança alimentar de uma população (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

A introdução da alimentação complementar a partir dos 6 meses até os 2 anos de idade aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes. O Sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança. Toda a família deve ser estimulada a contribuir positivamente nessa fase (BRASIL, 2009).

Estudos sugerem que crianças de diferentes municípios e regiões brasileiras apresentam baixa prevalência de baixo peso em crianças. No entanto, a desnutrição pode ocorrer precocemente durante a vida intra-uterina cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar inadequada nos primeiros dois anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas diarréicas e respiratórias (BRASIL, 2009).

Assim, a vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança e, quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação. Desta forma, o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do Índice de Massa Corpórea da criança na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2012).

Compreende-se desta maneira, que é inquestionável a importância da alimentação adequada para a criança até os dois anos de idade, uma vez que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem, não só levar a prejuízos imediatos na

saúde da criança, elevando a morbi-mortalidade infantil, como também deixar seqüelas futuras como retardo de crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013).

Este projeto justifica-se pela importância da saúde da criança como campo de discussão na área da saúde pública brasileira. A alimentação em crianças menores de 2 anos representa um importante fator para o seu crescimento e desenvolvimento saudável e, se potencializa quando associada a outras ações como por exemplo, a vacinação. Do contrário, alguns fatores podem tornar a alimentação pouco eficaz no desenvolver da criança, como por exemplo, os hábitos familiares que são fortemente influenciados pela cultura da família, bem como suas condições sócio- econômicas.

O desejo de realizá-lo emergiu a partir da afinidade com a disciplina de Saúde da Criança na faculdade. Esta pesquisa terá uma grande relevância para o meio científico, pois será focado as concepções e práticas maternas sobre alimentação de crianças menores de 2 anos, bem como os fatores que influenciam a prática e a opinião das mães, com relação ao conceito da importância de uma alimentação saudável.

A alimentação adequada até dois anos de idade é fundamental para promover o crescimento e o desenvolvimento apropriados da criança. Nos primeiros meses de vida, o leite materno deve ser a única fonte alimentar, pois sozinho é capaz de nutrir adequadamente as crianças, além de favorecer a proteção contra doenças.

Porém, a partir desse período, a complementação do leite materno é necessária para elevar a densidade energética da dieta e aumentar o aporte de micronutrientes. A introdução dos alimentos na dieta da criança é uma etapa crítica que pode conduzir ao déficit nutricional e a enfermidades. É um processo que envolve complexos fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos que interferem no estado nutricional da criança.

Isto nos leva a percepção que a alimentação complementar na criança é necessária, porém se mal planejada e ou iniciada previamente pode trazer graves conseqüências para o desenvolvimento e crescimento da criança. Então, acredita-se para os que se tenham hábitos alimentares complementares saudáveis, deve- se existir interesse das mães quanto à qualidade de vida da criança, frente sua dieta.

Diante do aporte teórico inicial, questionamos: Quais as concepções e práticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as concepções e práticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a situação socioeconômica das mães entrevistadas;

Identificar as dificuldades enfrentadas pelas mães na alimentação de seus filhos;

Analisar o conhecimento das mães sobre alimentação saudável para crianças menores de 2 anos;

Identificar, na opinião das mães, o tipo de alimentação adequada para crianças menores de 2 anos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CARACTERÍSTICAS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS COM ATÉ 2 ANOS

O Crescimento e o desenvolvimento são indicadores da saúde das crianças. No Brasil o Ministério da saúde preconiza que a atenção à saúde da criança deve basear-se pelos dados obtidos a partir do acompanhamento de puericultura, sendo este, um eixo da assistência à criança. Este acompanhamento existe para promover o parâmetro universal referente o crescimento e desenvolvimento do mesmo (SCHMITZ, 2010).

O crescimento constitui as alterações biológicas que implicam em aumento corporal da criança manifestada pela Hipertrofia e Hiperplasia. Já o desenvolvimento dar-se pelo aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. A criança desenvolve controle neuromuscular, destreza e traços de caráter, funções que só podem ser medidas por meio de provas funcionais (ALEXANDER, 2012).

A avaliação do crescimento pode ser realizada mediante o controle de peso, estatura e perímetro cefálico, com auxílio de parâmetros de normalidade definidos através de fórmulas e das curvas de peso encontrado nos cartões de atendimento individual da criança. As medidas físicas refletem a taxa de crescimento da criança e qualquer alteração no padrão das mesmas, pode indicar problemas sérios (CARVALHO; TAMEZ, 2011).

A avaliação do desenvolvimento depende da maturação da mielinização do sistema nervoso. A sequência de desenvolvimento é igual para todas as crianças, mas a velocidade varia de indivíduo. O primeiro passo para a locomoção é a aquisição do controle da cabeça, envolvendo a musculatura do pescoço. Mais tarde os músculos espinhais desenvolvem coordenação permitindo que a criança fique apta para sentar com as costas retas, engatinhar, ficar em pé e andar. O desenvolvimento integral da criança pode representar uma oportunidade importante para aproximação de uma concepção positiva da saúde, que se efetiva através do acompanhamento da criança sadia (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2010).

São características da criança em suas diferentes etapas. No que se refere à criança de zero a dois anos: O RN não tem sua personalidade organizada e interage com o meio apenas em função de suas necessidades fisiológicas como fome, sede, frio, dentre outros. Refere-se às reações instintivas que podem ser percebidas por atos reflexos diante das sensações de prazer ou de desprazer. As emoções da criança são expressas através do choro, grito tranquilo e

fácies de bem estar. No recém-nascido o reflexo de sucção, as sensibilidades para movimentos para o som e o tato são bem desenvolvidas (SCHMITZ, 2010).

Na fase de zero a três meses, temos representatividade motora, cognitiva e social, onde os parâmetros para análise: Dorme quase todo o tempo. Aprende a levantar a cabeça e depois a mantê-la direita. Afina e adapta seus reflexos primários, tais como a preensão; guarda dentro da mão, involuntariamente, o objeto que ali se colocar. O cognitivo traz reflexo de sucção; Chupa seu polegar ou seus dedos; brinca com sua língua; Reproduz sons por prazer; Olha suas mãos; Segue com os olhos uma pessoa ou um objeto que se desloca; Leva objetos à boca Morde um pedaço de pão (CARVALHO; TAMEZ, 2011).

Dos três ao sexto mês a criança procura alargar o campo de sua visão, apoiando-se, por exemplo, sobre o antebraço se estiver de bruços, levantando a cabeça e as espáduas se estiverem de costas; Mantém a cabeça erguida e pode permanecer alguns instantes sentados com apoio; Começa a pegar voluntariamente um objeto ao alcance da mão e estender a mão para um objeto que se lhe oferece; Leva objetos à boca; Segura pequenos objetos com a palma e os quatro dedos (ALEXANDER, 2012).

No sexto ao nono mês: deita de costas se vira para se colocar sobre o ventre; Começa a ficar de pé com apoio; Pega objetos entre o polegar e o indicador; Mantém-se assentado só, durante um momento; Começa a engatinhar. O social, ela é capaz de rastejar para aproximar-se de um objeto ou de uma pessoa; Começo da socialização; Vocaliza várias sílabas que tendem a limitar-se aos sons que ouve na língua materna; Reconhece os rostos familiares e pode ter medo de rostos estranhos; Começa a participar de jogos de relação social; Gosta de morder; Reconhece quando se dirigem a ela; Imita gestos e brincadeiras; Faz gestos com a mão e a cabeça (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2013).

Do nono aos doze meses, a criança é capaz de pôr-se a de pé sozinha apoiando-se em alguma coisa ou em alguém, e de caminhar segurando com as duas mãos ou apoiando-se em algum móvel; Rasteja-se ou engatinha; Começo do andar; Sabe largar um objeto sob pedido; Consegue segurar os objetos entre o polegar e o indicador. A parte cognitiva trabalha agindo intencionalmente: retira o cobertor para pegar o brinquedo que se enfiou por baixo; Imita um ruído, por exemplo: batendo um objeto contra o outro; Começo do jogo de embutir (SCHMITZ, 2010).

Dos doze aos dezoito meses, Caminha sozinha e explora casas e arredores; Ajoelha-se sozinho; Sobe as escadarias usando as mãos. E é dos dozes a dois anos que o menor sobe e desce uma escada agarrando-se num corrimão; Aprende a comer sozinho; Começa a ter controle dos esfíncteres durante o dia (fezes e depois urina); Início do dançar ao som de

música. A partir de então a criança inicia a sua fase pré-escolar (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2014).

3.2 IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAÚDAVEL NOS 2 PRIMEIROS ANOS DE VIDA

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Constitui um dos melhores indicadores de saúde da criança, refletindo as suas condições de vida (SARNI, 2013).

Toda criança nasce com um potencial genético de crescimento que poderá ou não ser alcançado, dependendo das condições de vida a que esteja exposto desde a concepção até a idade adulta. Portanto, o processo de crescimento está influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos, que atuam acelerando ou retardando esse processo (RAMIRES et al, 2013).

Nos primeiros anos de vida, o crescimento é muito sensível à nutrição e outras influências do meio ambiente. Assim, a alimentação adequada é necessária não só para prover nutrientes e energia para o crescimento, mas, também, para o amadurecimento e manutenção das funções corpóreas, bem como a formação de reservas (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Em suma, a alimentação saudável é de fundamental importância, por seu impacto na promoção à saúde e no crescimento e desenvolvimento adequados. Além disso, tem papel relevante na prevenção de doenças crônicas, como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, extremamente prevalentes em nosso meio. Dessa forma, fica clara a importância nutricional adequada e na vigilância permanente do crescimento e desenvolvimento, especialmente nessa fase da vida (SANTOS, 2014).

Nos casos de impossibilidade do aleitamento materno deve ser utilizada uma fórmula infantil que atenda às necessidades deste grupo etário, conforme recomendado, sendo que antes do sexto mês deverá ser utilizada uma fórmula de partida e, a partir do sexto mês, recomenda-se fórmula infantil de seguimento (SARNI,2013).

O MS preconiza o aleitamento materno mantido de forma exclusiva até os seis meses de idade. A partir deste período está indicada a introdução de alimentos complementares, porém se deve estimular a manutenção da amamentação até dois anos ou mais. A introdução precoce de novos alimentos interfere na manutenção do aleitamento materno e coloca a criança em risco nutricional, uma vez que estudos demonstram haver frequentemente, nessa fase, oferta de alimentos com várias inadequações, salientando-se a baixa densidade e

biodisponibilidade de micronutrientes como zinco, ferro, vitamina A e vitamina B6 (BRASIL, 2010 b).

O período de introdução da alimentação complementar é uma fase de transição e de elevado risco para a criança, tanto pela possibilidade de inadequações quantitativas e qualitativas quanto pela chance de contaminação no preparo e armazenamento, favorecendo a ocorrência de doença diarreica, desnutrição e carências de micronutrientes frequentes em nosso meio, como a anemia carencial ferropriva (RAMIRES et al, 2013).

Deve-se estar atento para o grande aprendizado que esse momento de introdução de novos alimentos representa para o bebê. A maneira como será conduzida a mudança do regime de aleitamento materno exclusivo para essa multiplicidade de opções que ora se apresenta poderá determinar, a curto, médio e longo prazos, atitudes favoráveis ou não em relação ao hábito e comportamento alimentar da criança (BRASIL, 2010 a).

As evidências sugerem que, embora a ingestão em refeições individualizadas possa ser irregular, o consumo energético em doze horas costuma ser adequado. Sendo assim, atitudes excessivamente controladoras e impositivas, por parte dos pais, podem induzir ao hábito de consumir porções mais volumosas do que o necessário e à preferência por alimentos hipercalóricos, condição apontada como uma das causas preocupantes de aumento das taxas de obesidade infantil que se tem observado nos últimos anos (SILVA et al, 2011).

Estudos demonstram que os índices de aleitamento materno exclusivo e total, embora em ascensão, ainda não atingem as cifras desejadas. Por outro lado, cresce o uso indiscriminado de alimento complementar por ocasião da interrupção do aleitamento materno exclusivo, seja por razões econômicas ou socioculturais, o que contribui sobremaneira para a trajetória ascendente de doenças deletérias, como a anemia carencial ferropriva (BRASIL, 2010 a).

Conclui-se, o poder Público, os profissionais de saúde e família devem se posicionar frente na elaboração de políticas públicas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas por meio do incentivo ao aleitamento materno e de educação nutricional ampla, para garantir uma alimentação complementar saudável (BRASIL, 2010 b).

3.3 PRECONIZAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA

A alimentação da criança é essencial para a avaliação e a orientação adequadas de sua nutrição. A alimentação saudável deve possibilitar crescimento e desenvolvimento

adequados, aperfeiçoar o funcionamento de órgãos, sistemas e aparelhos e atuar na prevenção de doenças em curto e longo prazo. Para planejar a alimentação da criança é necessário considerar as limitações fisiológicas do organismo dos lactentes. Durante os primeiros meses de vida, o trato gastrointestinal, os rins, o fígado e o sistema imunológico encontram-se em fase de maturação (PHILIPPI, 2013).

Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno. São muitas e importantes às vantagens conhecidas do aleitamento materno que, somadas às prováveis vantagens ainda desconhecidas, não deixam dúvidas quanto à superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite para crianças menores de seis meses (SARNI, 2014).

O leite humano atende perfeitamente às necessidades dos lactentes, sendo, muito mais do que um conjunto de nutrientes, um alimento vivo e dinâmico por conter substâncias com atividades protetoras e imuno moduladoras. Ele não apenas proporciona proteção contra infecções e alergias como também estimula o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação do sistema digestório e neurológico (PHILIPPI, 2012).

O Ministério da Saúde estabelece, para crianças menores de 2 anos, dez passos para a alimentação saudável: Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos; A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo-se o leite materno até os 2 anos de idade ou mais; Após os 6 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;(BRASIL 2011)

A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança; A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família; (BRASIL, 2011)

Oferecer à criança diferentes alimentos todos os dias; Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação; Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir armazenamento e conservação adequados; Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar,

oferecendo a alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação (BRASIL, 2011).

A alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, da alimentação complementar. A alimentação oferecida depois dos seis meses deve ser composta de cereais ou tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças. Devem ser a mais ampla possível de proteínas glúten a partir do sexto mês de vida, visando à aquisição de tolerância e à redução no risco de alergenicidade. O ovo deve ser introduzido aos 6 meses, lembrando que frequentemente as mães oferecem para as crianças alimentos que já possuem ovo na sua composição, por isso não seria necessário retardar a sua introdução (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2010).

Horários rígidos para a oferta de alimentos prejudicam a capacidade da criança de distinguir a sensação de fome e de estar satisfeito após a refeição. No entanto, é importante que o intervalo entre as refeições seja regular (2 a 3 horas), evitando se comer nos intervalos para não atrapalhar as refeições principais. Muitas vezes a criança não quer comer no horário porque recebeu alimentos não nutritivos antes desta refeição. É necessário saber distinguir o desconforto da criança por fome de outras situações como, sede, sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas, e não oferecer comida ou insistir para que a criança coma, quando ela não está com fome (PHILIPPI, 2013).

Só uma alimentação variada oferece à criança quantidade de vitaminas, cálcio, ferro e outros nutrientes que ela necessita, além de contribuir para evitar anorexia crônica e baixa ingestão de energia. Se a criança recusar determinado alimento, deve-se oferecer novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança (SARNI, 2014).

As crianças que estão em aleitamento materno devem ser estimuladas amamentadas com livre demanda. Se estiverem recebendo alimentação complementar, é importante oferecer os alimentos saudáveis preferidos em pequenas quantidades e mais vezes ao dia. Caso a criança esteja consumindo a alimentação da família, pode ser necessária uma alimentação pastosa para facilitar a aceitação (NORTON; WEFFORT; DANTAS FILHO; FISBERG, 2009).

O incentivo e o apoio ao aleitamento materno devem ocorrer no pré-natal, na sala de parto, no alojamento conjunto e após a alta hospitalar, bem como nas unidades de alto risco que atendem o recém-nascido. Desde 1990, com o objetivo de desenvolver mecanismos e ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, foram definidos os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, descritos na Iniciativa Hospital Amigo da Criança

(IHAC). Eles visam às modificações de rotinas hospitalares e à mobilização de profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, nos cuidados da mãe-bebê (BRASIL, 2011).

3.4 PAPEL DA MÃE NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE

A alimentação da criança é uma preocupação de todas as mães no cenário familiar. Pois reconhecer que a alimentação adequada durante a infância é essencial para o fornecimento dos nutrientes e energia necessária ao bom crescimento e desenvolvimento das crianças, desmistifica qualquer evento adverso ou deletério para esse público (COULTHARD; BLISSET; HARRIS, 2013).

Alimentação nutricionalmente correta nessa fase da vida é fundamental para a prevenção de determinadas doenças na fase adulta. Excessos na infância estão relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta. Enquanto as carências nutricionais podem levar ao déficit de crescimento, anemias e, se não tratadas a tempo, podem causar danos irreversíveis (DREWNOWSKI, 2010).

Estudos têm demonstrado que hábitos alimentares na idade adulta estão relacionados aos costumes adquiridos na infância. Assim, fica claro que é preciso promover comportamentos alimentares saudáveis desde cedo. Do ponto de vista cultural, psicológico e social, a criança sofre influencia do meio em que está inserido, geralmente, o ambiente familiar. Portanto, é preciso destacar o papel fundamental da mãe no processo de aleitamento exclusivo e diversificação alimentar (LEMES; MORAES; VÍTOLO; MAHAN, 2012).

A amamentação é uma das primeiras intervenções nutricionais que a mãe pode realizar para assegurar o bem-estar de seu filho, sendo uma importante ação de promoção à saúde. Porém, muitos fatores contribuem para o desmame precoce. A falta de conhecimento sobre o aleitamento materno por parte das mães tem representado um papel importante na redução da duração dessa prática. (AZEVEDO, 2013)

Ainda segundo Azevedo (2013) fatores que podem influenciar na decisão das mães de amamentar, nos seis primeiros meses de vida esta vinculados com maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora do lar, são frequentemente considerados como determinantes do desmame precoce. Contudo, apesar da relevância dos fatores mencionados acima, os aspectos culturais e a história de vida da mãe foram os mais importantes na decisão materna pelo desmame.

Marques (2010) relata as principais razões citadas pelas mães para a complementação precoce, isto é, a introdução de outros alimentos que não o leite humano na alimentação da criança antes dos quatro meses de vida, está relacionado com a insegurança materna frente a sua capacidade de alimentar seu filho, a atribuição de responsabilidade à mãe quanto aos cuidados com a criança, bem como a influência de terceiros por meio de orientações, conselhos, pressão exercida sobre a lactante.

Esse desmame precoce direciona para prática da diversificação alimentar, ou seja, etapa fundamental do desenvolvimento e que contribuiu para que a criança adquira bons hábitos alimentares e desenvolva as suas competências sociais, ao integrar o ritual das refeições em família. Avaliar a seletividade alimentar sob a ótica da mãe implique na pouca aceitação de alimentos por parte da criança (MARQUES, 2010).

As queixas relativas à seletividade geralmente especificam que ocorre uma recusa de determinados tipos de alimentos. Simultaneamente, são manifestas preocupações sobre o impacto na saúde. Por fim, aparecem as indagações relativas ao papel da mãe e da educação da criança. Subentende que a problemática da alimentação está na maneira como as mães interpretam a rejeição a novos alimentos, visto que a alimentação está atrelada à questão da sobrevivência. E elas acreditando que a saúde das crianças seja mais vulnerável, tendem a desenvolver grande angústia e conflitos (ROTENBERG; VARGAS, 2014).

As preferências e aversões alimentares são modificadas com o crescimento, maturação e hormônios, uma vez que a preferência pelo sabor doce e o consumo de açúcar diminui entre adolescentes e adultos. Ambos, preferências por sabores e escolhas alimentares são, mais adiante, moldados por experiências anteriores e aprendizado associativo. O sabor neutro, que não é o preferido e nem o rejeitado ou o sabor desagradável pode se tornar preferido quando é associado a algum tipo de recompensa, utilizada muitas vezes pelos pais para fazerem as crianças comerem (DREWNOWSKI, 2010).

Os primeiros conflitos da interação mãe-criança encontram sua expressão na esfera da nutrição. A adequação das respostas maternas às necessidades fisiológicas da criança contribui para o seu funcionamento harmonioso, assim como as dificuldades maternas na compreensão dessas necessidades podem facilitar o desencadeamento de problemas psicossomáticos e distúrbios nutricionais, como a obesidade e a anorexia que é caracterizada pela recusa em alimentar-se para manter o mínimo normal de peso corpóreo, na qual os pacientes apresentam uma imagem corpórea distorcida, causando a sensação de excesso de peso, apesar do frequente estado caquético (LEMES; MORAES; VÍTOLO; MAHAN, 2012).

Mães com desordens alimentares contribuem mais para aumentar as taxas de problemas alimentares em crianças do que mães sem desordens alimentares. Mães com problemas alimentares são menos prováveis de amamentarem seus filhos no peito, cozinhareem regularmente, alimentarem junto a eles e são mais propícias a usarem comidas não nutritivas e expressarem comentários negativos sobre as refeições de seus filhos. Atitudes negativas dos pais durante a administração das refeições são fortes preditores de problemas alimentares, principalmente a recusa da alimentação durante a infância (COULTHARD; BLISSET; HARRIS, 2013).

A produção de refeições e o cuidado com a saúde da criança, ainda são uma atribuição feminina, em muitos casos passados de geração em geração, envolvendo a dimensão econômica com a afetiva e com a socialização. A relação mãe, criança e alimento estão inseridos numa dimensão afetiva, de estímulo, de busca, de autonomia e socialização. Na ânsia de que a criança fique alimentada, algumas mães apresentam práticas alimentares inadequadas (ROTENBERG; VARGAS, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, de caráter exploratória – descritiva e transversal.

A abordagem quantitativa tem por finalidade o delineamento, descrição ou análise das características de fatos ou fenômenos, avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. A pesquisa quantitativa utiliza técnicas de amostragem que apresentam caráter representativo (LAKATOS; MARCONI, 2009).

O método qualitativo é o que se aplica o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Este estudo tem um caráter descritivo e exploratório, pois buscou descrever elucidar o fenômeno, investigando sua natureza complexa e os outros fatores a que eles está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Tem um delineamento transversal, onde envolve a coleta de dados em um ponto de tempo. Os fenômenos do estudo são obtidos durante um período de coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo se deu em duas Unidades Básicas de Saúde localizadas no Município de Russas- Ceará que se localiza na microrregião do Baixo Jaguaribe, vizinho dos municípios de Palhano, Quixeré, Baraúna, Russas se situa a 95 km a Norte Oeste de Mossoró. Estimam 74.243 habitantes com referencia em 01 julho de 2014. A população de crianças menores de dois anos é de 1.385 crianças menores de dois anos, dados obtidos na secretaria de saúde.

Em Russas tem 19 Unidades Básicas de Saúde, os locais foram escolhidos devido as consultas de Crescimento e Desenvolvimento se darem a nível de atenção básica, onde a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança é efetivada.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA

Os sujeitos que participaram do estudo foram mães de crianças com até 2 anos de idade, que estiveram realizando a Consulta de Crescimento e Desenvolvimento nas UBS.

A amostra foi definida através do critério de saturação teórica, que é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA, RICAS; TURATO, 2008). Porém, utilizamos uma amostra de 15 participantes.

Os critérios de inclusão foram: a entrevistada ser maior de 18 anos, participar voluntariamente da pesquisa e ser mães de crianças menores de dois anos de idade. Como critérios de exclusão, destacamos aqueles que se negarem a participar da pesquisa e não assinarem o TCLE, incapazes, mães que apresentar algum distúrbio mental, pela dificuldade que teriam em compreender perguntas e emitir respostas; mães que não estejam realizando a consulta de C e D nas Unidades Básicas selecionadas.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

Como instrumento para coleta de dados e informações utilizou-se um roteiro de entrevista semi estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2010).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS E INFORMAÇÕES

Com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE, foi enviado um encaminhamento para a diretoria administrativa da secretaria de saúde de Russas - CE, informando que a pesquisa se encontrou apta a se realizar e após isso, iniciamos a fase de coleta de dados nos meses de março e abril.

O local da pesquisa se deu nas Unidades Básicas de Saúde de Russas onde cada mãe foi entrevistada em um ambiente tranquilo e livre de interrupções no momento da consulta de Crescimento e Desenvolvimento e as Unidades Básicas foram escolhidas aleatoriamente por sorteio. A pesquisadora associada foi a única responsável pela coleta dos dados, aplicado o instrumento de coleta de dados.

As participantes foram esclarecidas sobre a entrevista, qual seu objetivo e sobre a importância da preservação do seu anonimato, respeitando os preceitos éticos e legais que

constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério de Saúde, Número 466/12 (BRASIL, 2012b).

4.6 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS E INFORMAÇÕES

4.6.1 Análise de Conteúdo

Para análise de dados qualitativos, iremos trabalhar com a Análise de Conteúdo de Bardin, o qual Minayo (2010, p.303) traz a definição do referido autor como:

o conjunto de técnicas de análise visamos ter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos as condições de produção, recepção destas mensagens.

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha eletrônica do tipo Microsoft Excel 2013 e serão expressos em frequência simples e porcentagem.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu à resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ele agrupa sob a visão do individuo e da coletividade, os quatro referenciais principais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e tende garantir os direitos e deveres que articulam em respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Os aspectos éticos provenientes do código de ética dos profissionais de enfermagem serão garantidos, mediante cumprimento dos princípios éticos e legais da profissão, em cujo, art. 98 da resolução 311/ 07 COFEN, que dispõe sobre o código de ética para o profissional da especificidade e enfermagem, ressalta a importância de acatar as leis vigentes para a pesquisa abrangendo seres humanos, conforme a especificidade da investigação.

A pesquisa apresenta riscos mínimos como, por exemplo, possível desconforto aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superarão os riscos.

O estudo apresentou como benefício avaliar as concepções e práticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos e trará uma expectativa de melhorias no enfoque

da assistência infantil a partir da reflexão dos resultados encontrados e assim, impulsionará novos estudos sobre a temática.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da FACENE, com o número do Parecer 992.041 com Data da Relatoria 992.041 e CAAE 41604315.5.0000.5179.

4.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA

Todas as despesas decorrentes da realização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada, conforme a previsão do orçamento. A Faculdade Nova Esperança de Mossoró, disponibilizou seu acervo bibliográfico, orientações recebidas pela bibliotecária bem como orientador e banca examinadora

5 RESULTADOS

Serão mostradas as respostas obtidas a partir da coleta de dados. As informações colhidas e suas análises estarão expostas em duas etapas: a primeira, representada em uma análise quantitativa, refere-se às características socioeconômicas da amostra. A segunda, qualitativa, enfatizando as partes de maior destaque das falas das mães, o discurso do sujeito coletivo e suas ideias centrais.

Foram avaliadas as respostas do formulário de entrevista respondidas por 15 mães sobre a temática debatida no contexto estrutural do trabalho, totalizando 100% da amostra.

O corpo do trabalho foi analisado segundo o DSC e debatido segundo a literatura pertinente. A representatividade da amostra segue a seguir.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS MÃES

Apresentam-se neste item, os dados que serão analisados através de frequência e porcentagens simples, anexadas em forma de tabelas, realizando a vinculação das informações colhidas representando a realidade da amostra.

Tabela 1 – Quanto a caracterização da amostra

Variáveis	Frequência simples (n)	Porcentagem (%)
Idade	11 (19-35 anos)	73,7%
	4 (36-45 anos)	26,7%
Renda	5 (1 salário mínimo)	33,3%
	8 (2-3 salários mínimos)	53,3%
	2 (acima de 4 salários mínimos)	13,3%
Escolaridade	2 (superior incompleto)	13,3%
	3 (fundamental completo)	20,0%
	7 (médio completo)	46,7%
	2 (fundamental incompleto)	13,3%
	1 (superior completo)	6,7%

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

Em relação a idade das mães 73,7% equivale a mães de 19 a 35 anos, entre 26,7% 36 a 45 anos.

Quanto a renda familiar 33,3% das mães possui renda de 1 salário mínimo, 53,3% 2 a 3 salários mínimos, e somente 13,3% possuem renda acima de 4 salários.

A escolaridade das mães constatou-se que 13,3% cursaram superior incompleto, 20,0% cursou o ensino fundamental completo, também com 13,3% mães que cursou o ensino fundamental incompleto, com a porcentagem maior 46,7% mães que cursaram o ensino médio completo e 6,7% ensino superior completo.

5.2 CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA E ALIMENTAR

Apresentam-se neste item, os dados que serão analisados através de frequência e porcentagens simples, anexadas em forma de tabelas, realizando a vinculação das informações colhidas representando a realidade da amostra.

Tabela 2 – Quanto a caracterização obstétrica e alimentar

Variáveis	Frequência simples (n)	Porcentagem (%)
Nº gestações	8 (1 gestação)	53,3%
	4 (2 gestações)	26,7%
	2 (3 gestações)	13,3%
	1 (5 gestações)	6,7%
Dificuldade para alimentar o seu filho	2 (sim)	13,3%
	13 (não)	86,7%
Você mesma cuida da alimentação do seu filho	13 (sim)	86,7%
	2 (não)	13,3%
Você considera a alimentação do seu filho saudável?	15 (sim)	100%
Idade do seu filho	Idade mínima (meses)	
	2 meses (mínima)	
	24 meses (máxima)	
	Média= 13,2 meses	

Considerando ainda a diversidade de problemas enfrentados pelas mães, a tabela supracitada traça um perfil quanto ao número de gestação e ao conhecimento alimentício.

De acordo com os dados quanto o número de gestações, 53,3% com uma gestação, 26,7% equivalendo a duas gestações, 13,3% três gestações, e 6,7% com cinco gestações.

Segundo a situação descrita na tabela, podemos perceber que o número de gestação é bem característico da sociedade brasileira, onde se firma entre os números de 1- 5 gestações.

Foi abordado as mães se sentiam dificuldade para alimentar seu filho (a), 13,3% disseram que sim e 86,7% relataram que não sente dificuldade.

As mães que referiram dificuldade ao alimentar os seus filhos apontaram o momento do nascimento dos dentes e quando a criança encontra-se doente. Destas 13,3% afirmam ter dificuldade na escolha da alimentação diante da primeira mudança fisiológica, mesmo sendo elas as responsáveis pela escolha e preparo desta alimentação.

Este período é firmado pelo receio das mães na tomada de decisão quanto à escolha da alimentação. Estudos realizados recentemente trazem dados que caracteriza esse momento como o ápice da representação social de mães de crianças da faixa etária de zero a dois anos de idade do Núcleo de Saúde da Família, nas tomadas de decisões, quanto às escolhas alimentares. Diante disso foi possível constatar grande dificuldade das mães a respeito da escolha do melhor alimento para o período do aparecimento dos primeiros dentes, restringindo o menor a uma dieta abaixo da esperada para o momento (BRASIL, 2009).

Ainda é possível notar que mesmo conhecendo as recomendações sobre a dieta alimentar para crianças, as mães se privam na oferta deste, quando se observa uma diminuição na qualidade do adoecer do menor. O momento do adoecer torna-se para as mães uma preocupação exacerbada, é nesse instante que surge o cuidado intenso quanto a melhor alimentação a ser ofertada para aquele o quadro de saúde em destaque, esta por vez parece ser uma das maiores dificuldades encontradas pelas mães (ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014).

Aderir a um plano alimentar no quadro de adoecimento envolve mudanças que se iniciam a partir da perspectiva de acerto na visão da própria família e o êxito deste processo exige mecanismos de adaptação para promover mudanças. Em suma, verificamos que as mães precisam ser melhor informadas e orientadas no sentido de que a alimentação do filho deve ser fracionada e balanceada, em cada aspecto e situação de vida, sem deixar comprometer a qualidade alimentícia do menor (BRASIL, 2013).

Na entrevista perguntam-se as mães quem cuida da alimentação da criança, 13 mães 86,7% responderam que elas mesmas que cuidam da alimentação.

Com a porcentagem de 100% as mães consideram e reconhece a boa qualidade alimentícia oferecida ao menor. A partir destes dados percebemos uma interação entre o conhecimento alimentício e as mudanças sofridas pela criança em seu ciclo de vida.

5.3 O CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Uma alimentação saudável é aquela apropriada para cada idade, ofertando os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Porém, a definição de alimentação saudável pode variar de acordo com cada cultura e vivência das mães e o conhecimento a respeito desta alimentação pode vir a interferir profundamente no crescimento e desenvolvimento da criança até 2 anos de idade.

Percebemos ao longo das entrevistas que a ideia que o aleitamento materno é saudável até os 6 meses foi trazida conforme a fala a seguir:

“O principal é o leite materno né até seis meses, tem médico que é até os seis meses, tem médico que diz que com quatro meses você já pode dar alguma coisa, porque você sabe que a licença a maternidade é só 4 meses, como é que elas querem que agente de só mama seis meses se a licença é só quatro entendeu? Então as mães se obrigam a isso, a minha com ele eu comecei com o NAM e quando ele fez dois meses eu passei para o NINHO que o Nam já era muito caro para a nossa renda ai saia muito caro”. (mãe).

Visualiza-se ao longo da fala anterior que existe uma dúvida entre a opinião das mães sobre condutas médicas quanto as orientações, enfatizando – se a importância de seguir um protocolo único para a orientação da amamentação. Além disso, destaca a questão econômica que dificulta a oferta de alimentos lácteos indicados para uma determinada idade específica, o que faz a mãe trocar por outro alimento lácteo incompatível com a idade da criança. Destaca também a licença a maternidade como obstáculo ao aleitamento materno exclusivo.

O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digeridos, quando comparado com leites de outras espécies. Ele é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros meses de vida, e continua sendo uma importante fonte

de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (BRASIL, 2009)

Observa-se em estudos que existe um aumento importante na duração do aleitamento de quatro para seis meses. A análise dos padrões alimentares mostrou ser este aumento devido principalmente ao crescimento do aleitamento predominante até os seis meses de idade, faixa etária em que o efeito protetor é mais marcado (MADRUGA, 2012)

O ato de amamentar está fortemente associada as vivências das mães com os conceitos de suas culturas, que reflete em atitudes e opiniões. É uma pratica afetiva e cultural, devendo-se levar em conta as identidades dos indivíduos envolvidos, a especificidade da cultura da qual provém e o seu momento histórico (ALVES; MUNIZ; VIEIRA, 2012).

Outro importante obstáculo a amamentação é o trabalho materno fora do lar, em especial exclusiva. A manutenção da amamentação neste caso depende do tipo de ocupação da mãe, do números de horas de trabalho, das leis e de relações trabalhistas, do suporte do aleitamento materno na família, na comunidade e no ambiente de trabalho e em especial as orientações dos profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento materno em situações que exigem a separação física entre mãe e bebê.(BRASIL, 2009).

Destaca-se também outros discursos de mães que trazem como alimentação saudável, a continuidade da amamentação e a posterior inserção de outros alimentos a partir dos 6 meses, como frutas, verduras, sucos, alimentos lácteos, sopas, legumes, etc.

Primeiro o leite materno, como falei o leite materno e a variedade da gente inserir fruta, verdura, a comida depois que a criança né comer junto com agente nossa comida, claro né não com tanto tempero pouco sal, sem açúcar (mãezona).

É o que se acha nos alimentos vitaminas, nada de que faça mal a ela agora e nem depois. (mãhe)

Pra mim é que tem nutrientes que agente vai encontrar mais nas frutas, nas verduras. (mamis)

Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados para complementar o aleitamento

materno. A alimentação complementar adequada deve compreender alimentos ricos em energia e micronutrientes, sem contaminação, sem excesso de sal ou condimentos, evitando-se alimentos industrializados, em quantidade apropriada, a partir de alimentos de fácil preparação, utilizados pela família e de custo aceitável (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a alimentação complementar deva iniciar aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumente, gradativamente, à medida que a criança cresce. A consistência deve ser adaptada às suas necessidades e habilidades. O desenvolvimento neurológico da criança determina a idade de introdução dos diferentes tipos de alimentos (BRASIL, 2013).

A introdução de novos alimentos deve ser gradual, um de cada vez, com intervalos de três a sete dias, a fim de identificar possíveis reações alérgicas ao alimento. Glúten, ovos, peixes e castanhas devem ser evitados para crianças menores de um ano, em famílias com história de alergias alimentares (ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014).

Em geral, as crianças tendem a rejeitar alimentos desconhecidos, fenômeno denominado neofobia alimentar, que não deve ser interpretado erroneamente como aversão permanente ao alimento. Esse comportamento pode manifestar-se tão cedo quanto em crianças de seis meses. Em média são necessárias de oito a dez exposições para que o alimento seja aceito e incorporado à dieta da criança (SILVA et al, 2014).

5.4 ALIMENTOS OFERECIDOS E EVITADOS PELAS MÃES AOS SEUS FILHOS

A alimentação saudável não se delinea enquanto uma regra universal para todos, pois deve respeitar alguns atributos coletivos e individuais, que são impossíveis de serem quantificados de maneira prescritiva.

Contudo, identifica-se alguns princípios básicos que devem reger esta relação entre as práticas alimentares, promoção da saúde e a prevenção de doenças. Uma alimentação saudável deve ser baseada em boas práticas alimentares respeitando a significação social e cultural da família.

A seguir, observa-se o discurso das mães sobre os alimentos oferecidos e evitados pelas mães:

Suco, fruta, legumes e amamentação. Chilito, bombom, Danone, refrigerante (mãezinha).

Sopinha, frutas, geleia, mingau, vitamina eu faço vitamina, banana batida. Danone eu evito, aquelas sopinhas que vem no potinho não dou (mamãezinha).

Ele deixou de mamar desde os seis meses, de manhazinha ele toma um mingau, quando da nove e meia da manhã dou uma fruta ou suco, quando ele não quer o suco eu ofereço uma fruta, meio dia eu dou sopinha de legumes e frango pra ele, ai às vezes três horas da tarde ele toma um suco de maracujá e a noite um mingau para dormir. Eu estava dando Danone mais não dou mais (mainha).

Todo tipo de fruta ela come é mamão, goiaba, melão, maçã, banana, sopinha de legume chuchu, beterraba, cenoura. Evito coisas industrializadas, tipo sopinha pra mim aquilo ali não serve de nada não tem nutriente nenhum a sopa guardada não sei há quanto tempo. Então alimentos industrializados e que tem corante (mamis).

Fruta, suco, feijão, o mingau que ele toma. Chocolate, Danone, recheado essas coisas eu não dou (mamãe).

Mingau, frutas, verduras, normal como um adulto come, o que tem menos tempero. Eu não dou iogurte, doce eu também não dou que fez mal a ele, coisas com conservantes eu não dou não (madrecita).

O estudo traz que as mães referem oferecer alimentos naturais como frutas, verduras e legumes, evitando produtos artificiais e industrializados. Isto demonstra o conhecimento das mães a respeito de uma alimentação saudável.

Uma alimentação adequada, em qualquer fase da vida, assegura o crescimento e o desenvolvimento fisiológico, assim como a manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo. Quando se trata de crianças, a importância de uma dieta equilibrada torna-se muito maior, porque elas se encontram em fase de desenvolvimento e formação da personalidade e de seus hábitos alimentares. Inserida no contexto familiar, a criança começa a formar e internalizar os padrões de comportamento alimentar, em termos de escolha e quantidade de alimentos, horário e ambiente das refeições. Trata-se de um processo que se inicia nesta fase e se estende por todos os demais estágios da vida (BRASIL, 2010).

O estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis deve ser estimulado precocemente na vida do indivíduo. Hábitos alimentares podem mudar substancialmente durante o crescimento, mas o registro e a importância do primeiro aprendizado e algumas formas sociais aprendidas permanecem ao longo do ciclo vital (GABRIEL; SANTOS; VASCONCELOS, 2008). Além disso, constitui-se em importantes estratégias para enfrentar problemas alimentares e nutricionais, como obesidade e doenças crônicas não transmissíveis provenientes de maus hábitos alimentares (FERNANDES et al, 2009).

A prática de uma dieta balanceada e hábitos alimentares saudáveis desde a infância proporcionam níveis ideais de saúde e favorecem o desenvolvimento físico e intelectual, reduzindo o risco dos transtornos causados pelas deficiências nutricionais comuns neste estágio de desenvolvimento e evitando a manifestação da obesidade (VARGAS, 2011).

A combinação do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e as práticas alimentares saudáveis durante a alimentação complementar, com a introdução dos grupos alimentares de uma forma global, diminuem significativamente a mortalidade infantil nesse período, além de fornecer um aporte adequado de nutrientes para a criança (YOKATA, 2010).

Os maus hábitos alimentares estão associados a diversos prejuízos à saúde, entre eles a obesidade, cujos índices têm crescido nas últimas décadas como resultado do aumento no consumo de alimentos com alta densidade calórica e redução na atividade física.

Os maus hábitos alimentares, especialmente aqueles que acarretam a obesidade infantil, produzem problemas de saúde imediatos e também em longo prazo, visto que cerca de 60% de crianças obesas sofrem de hipertensão, hiperlipidemias e/ou hiperinsulinemia. Na vida adulta, a alimentação obtida desde a infância contribui fortemente para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas (GABRIEL; SANTOS; VASCONCELOS, 2008).

Os viés para uma má alimentação são, frequentemente, reflexos provenientes do ambiente familiar. E quando o meio ambiente é desfavorável, o mesmo poderá propiciar condições que levem ao desenvolvimento de distúrbios alimentares que, uma vez instalados, poderão permanecer ao longo da vida (BRASIL, 2010).

Fazer más escolhas alimentares é um processo complexo, dinâmico e multifacetado, embutido nos relacionamentos sociais e que tem consequências a curto e longo prazo para a saúde. As escolhas dos alimentos são formadas pelos sistemas de socialização culturais, e limitadas pela contingência do ambiente físico e social. As refeições representam um importante evento nas interações familiares, com estruturas temporais portadoras de significado (VARGAS, 2011).

O conhecimento sobre a qualidade da alimentação de crianças e seus fatores associados é de suma importância para subsidiar ações de promoção da vida saudável tanto para os pais e familiares como para as próprias crianças. É neste ciclo da vida que se encontram condições ideais para mudanças de hábitos alimentares e estilos de vida, os quais, por sua vez, poderão repercutir, no futuro, em escolhas mais saudáveis (FERNANDES et al, 2009).

5.5 CUIDADOS E FATORES INFLUENTES NA ESCOLHA DOS ALIMENTOS OFERECIDOS AOS FILHOS

A infância é o período de formação dos hábitos alimentares, e as mães são responsáveis pela alimentação de seus filhos, e o entendimento de como as preferências alimentares são adquiridas é essencial no sentido de melhorar a qualidade de vida da criança.

Percebemos nas entrevistas o que pode influenciar as mães na hora da escolha dos alimentos dos seus filhos:

O que me influencia eu tiro o certo no outro filho, o que o médico passou no outro eu to dando nesse e ta dando certo até agora, eu to tirando o que faça mal a ele, esse vou fazer diferente do outro esse vai demorar muito a tomar refrigerante'(mãe)

Visualiza se nesta fala que experiências anteriores fazem com que as mães não cometam os mesmos costumes ao longo do cuidado da alimentação dos seus filhos, reforçando a questão cultural da alimentação.

Destaca- se também outros discursos que mostram a influência de outros fatores na escolha das mães pelos alimentos dos seus filhos como a necessidade de incluir os alimentos saudáveis, entrando em concordância (mãezinha, mamãezinha, mainha, mama, mamis, mamãe, manhê, mother, mere, madre, madrecita, mãezona, mãezita.

Porque é saudável, faz bem a ele né? alimentação melhor dele para ele mesmo, para ele ter uma alimentação saudável depende de mim eu tenho que fazer.(Mãmaezinha)

Que tenha mais vitamina, que irá fazer bem na questão do intestino. (mãezona)

Procurar sempre as mais saudáveis pra ela. (mãezinha)

Definição de uma alimentação saudável e o presente estudo reflete bem a introdução do aleitamento materno exclusivo ate os 6 meses de idade e a partir disto a complementação com alimentos ricos em vitaminas, minerais e proteínas.

A combinação do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e as práticas alimentares saudáveis durante a alimentação complementar, com a introdução dos grupos alimentares de uma forma global, diminuem significativamente a mortalidade infantil nesse

período, além de fornecer um aporte adequado de nutrientes para a criança (ALLEO, SOUZA, SZARFARC, 2014).

A importância que as mães têm com a alimentação de seus filhos é notável com as mães entrevistadas:

‘Ter cuidado, olhar em tudo ver se não esta vencido’. (Man)

O que me influencia é a saúde dela, porque certos alimentos não faz bem a saúde dela até por esta questão de ter refluxo tem alimentos que eu sempre tive cuidado dela não comer. A questão do leite tem que ter cuidado o leite que vou comprar pra ela, leite de gado é gorduroso, a fruta olhar se esta boa. (Mere)

As mães destacam a prática do cuidado, da observação da validade, do aporte nutricional dos alimentos oferecidos aos seus filhos, pois refletem sobre as consequências que uma alimentação mal cuidada pode trazer para a saúde de seus filhos.

Os cuidados com os alimentos devem objetivar evitar os contaminantes de natureza biológica, física ou química ou outros perigos que comprometam a saúde da criança. As crianças são vulneráveis e constituem grupo de risco para ocorrência de doenças em função da falta de segurança sanitária. Assim com o objetivo de redução de riscos, medidas preventivas e de controle incluindo as boas praticas de higiene devem ser adotadas em toda a cadeia de alimentos, desde a sua origem até o preparo para o consumo em domicilio, em restaurante e em outros locais que comercializam alimentos (BRASIL, 2009)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados neste estudo, evidenciou-se que os nossos objetivos foram alcançados, pois conseguimos avaliar as concepções e práticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos.

Com este estudo, percebe-se que essas mães, ao se defrontarem com a vivência alimentícia de seu filho, mostram-se conhecedoras sobre a melhor alimentação nas faixas etárias em destaque (zero a dois anos).

Apesar dos resultados favoráveis a práticas alimentares saudáveis, encontramos neste estudo um percentual de receio que 13% das mães mostram quanto a melhor escolha alimentar, indicando a necessidade de um programa mais longo, contínuo e de maior abrangência, atingindo esse público, para que o efeito seja mais promissor e eficiente. Estes dados tem ligação com a posição sócio econômica e educacional da amostra, onde 33% das mães afirmam viver com renda de apenas um salário mínimo; percentual igual das mães que afirmaram não concluir o ensino fundamental e médio.

Destaca-se ao longo dos resultados, que as mães são responsáveis pela escolha e preparação da alimentação de seus filhos, dado que representa 86,7% da amostra. No entanto, o estudo mostrou que 13,3% das mães relata dificuldade para alimentar seu filho. Diante disso foi possível constatar um pouco de dificuldade das mães a respeito da escolha do melhor alimento para o período das mudanças fisiológicas e patológicas da criança.

Porém 86,7% da amostra selecionada afirma aptidão sobre o cuidado da alimentação do menor, devido conhecimento adquirido ao longo da vivência, como também, prática de gestações anteriores, confirmando assim o perfil bem característico da sociedade brasileira. Nosso trabalho evidenciou que uma prática alimentar saudável deve compreender aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados para complementar o aleitamento materno após essa faixa etária.

Pode ser visto que as mães traçam um perfil alimentício seguindo práticas alimentares desenvolvidas por seus pais, como também adquiridas em consultas de pré-natal e puericultura, estratégia desenvolvida pelas UBS. É a partir desse conhecimento que se destaca o leite materno, frutas, legumes, cereais, grãos e laticínios ofertados para a dieta da

criança. Com isso fica firmado que uma alimentação adequada, em qualquer fase da vida, assegura o crescimento e o desenvolvimento fisiológico, assim como a manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo.

Como o processo de aprendizagem deve ser contínuo e constante, é ideal que todo estudo suscite novas questões. Neste sentido, esta pesquisa nos traz alguns questionamentos, tais como: quais devem ser as funções dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, no processo de amamentação? Como as mães percebem o profissional enfermeiro nos espaços em que seja ideal para compartilhar saberes e angústias? Que espaços ideais seriam estes?

O estudo mostrou que é necessário estimular os pais para uma alimentação saudável dos seus filhos, pois segundo estudos publicados em sites como Scielo e Bireme mostram que varias patologias estão ligadas a uma má alimentação. Dados mostram que 60% desenvolve obesidade infantil, hipertensão, hiperlipidemias e/ ou hiperinsulinemia. E quando o meio ambiente é desfavorável a uma alimentação saudável isso pode acarretar distúrbios alimentares que, uma vez instalados, poderão permanecer ao longo da vida.

Acreditamos que este estudo tenha contribuído para o saber em saúde à medida que se trata de um estudo que descreve e promove a reflexão dos profissionais deste cenário sobre as rotinas alimentícias de crianças que dependem do cuidado de seus responsáveis.

Este trabalho trouxe um enfoque importante para a equipe de enfermagem. Onde se fez perceber que uma pratica alimentícia saudável na faixa etária de zero a dois anos, deve ser continua e adaptável à cultura de cada indivíduo, analisando suas particularidades. Deve se intensificar uma educação continuada, a fim de manter dados com relevância a pratica alimentar. A enfermagem tem um papel de articulador dessa ação, fazendo com que o enfoque principal seja o bem estar do menor em suas particularidades.

As ações de incentivo ao aleitamento materno e a complementação alimentar devem abranger o enfoque da integralidade com ênfase especial na afetividade e na subjetividade, o que certamente muito contribuirá para reduzir obstáculos e promover o apoio tão necessário a este momento.

Neste contexto, percebe-se que caminhamos na direção certa quando voltamos nossos olhares para entendermos as dificuldades maternas de acordo com suas próprias vivências, pois só as mães podem apontar onde precisam de ajuda e quando interferimos demais na sua relação com seu filho.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, M. M. et al. **Diagnóstico de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: Andrei, 2012.

ALLEO, Luciana Galve; SOUZA, Sonia Buongermino de; SZARFARC, Sophia Cornbluth. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Journal of human Growth and Development**, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a17v64n5.pdf> >. Acesso 25abr 2015

ALVES, Mabel Nilson; MUNIZ, Ludmila Correa; VIEIRA, Maria de Fátima Alves. **Consumo alimentar entre criança brasileira de dois a cinco anos de idade: Pesquisa nacional de demografia e saúde 2006**. 2012. Disponível em <<https://mail.google.com/mail/u/0/#sent/14d0254a25d1094c?projector=1>> Acesso 12 maio 2015

AZEVEDO, Melissa. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Revista HCPA**, Porto Alegre, 2013.

BEHRMAN, R. E. KLIEGMAN, R. M. **Nelson: Tratado de pediatria**. 19 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em 10 Out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional: Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos**. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. 2010 a. Disponível em: www.saude.gov.br/alimentacao. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos de idade**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010 b.

BRASIL. Ministério Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. **Amamentação: Bases Científicas**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011.

COULTHARD, H.; BLISSET, J.; HARRIS, G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behaviour: A selective review of the literature.

Eatingbehaviors, v. 129, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.capes.gov.br>> Acesso em: 04 out 2014.

CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 6 ed. Guanabara Koogan, 2010.

DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Recomendações para Alimentação Complementar de Crianças Menores de dois anos. **Revista de Nutrição**. Campinas. 2010.

DREWNOWSKI, A. Palatabilidade e saciedade: modelos e medidas. **Anais Nestlé**, v. 57, p. 35 – 46, 2010.

FERNANDES PS et al. **A avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental**. 2009

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: Contribuições Teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

GABRIEL, Cristine Garcia et al. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Rev.Bras.saude materno infantil**, 2008

HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D; WINKELSTEIN, M. L. **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p

LEMES. S.O; MORAES. D.E.B;VITOLLO.M.R;Bases psicossomáticos dos distúrbios nutricionais na infância.**Revista de Nutrição**, Campinas.v10,n1, p37-44. 2012. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi> Acesso em:07 out 2014

LEFEVRE F, Lefevre AMC e Marques MCC. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14,n. 4, p. 1193-1204, Jul-2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a20v14n4.pdf>>. Acesso em: 18 Abr. 2014.

MADRUGADA, Samanta Winck et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância a adolescência. **Revista Saúde Publica**. Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em <<https://mail.google.com/mail/u/0/#sent/14a25d1094c?projector>> Acesso 02 mai 2015

MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica**. 9 ed. São Paulo: Sarvier. 2012.

MARQUES, E.S et al. **A influencia da rede social da nutriz no aleitamento materno:O papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde**. Minas Gerais, 2010

MELSON, K.A; JAFFE, M.S; KENNER, C.; AMLUNG, S. **Enfermagem Materno-Infantil: plano de Cuidados**.4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Ed., 2012.

MORAIS, M.B. et al. **Guia de Pediatria: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.** UNIFESP. Barueri, São Paulo, Manole, 2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

NORTON, R. C; WEFFORT, V. R. S; DANTAS FILHO,S; FISBERG,M. Alimentação do Lactente a Adolescência. **Tratado de Pediatria.** 2.ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; JAMAS, Milena Temer. Práticas de Alimentação Complementar em Crianças no Primeiro Ano de Vida. **Revista Latino America de Enfermagem,** 2007.

PHILIPPI, ST. **Tabela de Composição de Alimentos: Suporte para decisão nutricional.**2. Ed. São Paulo: Coronário, 2012.

PHILIPPI, ST et al. Pirâmide alimentar para crianças de 0 a 3 anos. **Revista Nutrologia.** 2013.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.**5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMIRES, E.K.N.M.et al. Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes de um Município do Semiárido do Nordeste Brasileiro. **Revista Paulista de Pediatria,** Pernambuco,2013.

ROTENBERG, S.; VARGAS,S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil.,** Recife, v.6, n.3, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 06. jun.2014.

SANTOS, Raíssa Passos, et al. Educação em saúde com familiares de crianças com necessidades especiais de saúde:aproximações Canadá Brasil. **Biblioteca Lascasas,** 2014. Disponível em <http://www.index.com/lascasas/documentos/lc0757.php> Acesso em: 25 out 2014.

SCHMITZ, Edilza Maria. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura.** 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SARNI, Roseli OselkaSaccardo. **Alimentação no Primeiro Ano de Vida.** São Paulo [2013].

SARNI, R. S. Alimentação da Criança nos Primeiros Anos de Vida. **Temas de nutrição em pediatria do Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria..** Rio de Janeiro. 2014.

SILVA, N. D. S. H. et al. Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Recém-Nascidos Prematuros. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano,** Maranhão. 2011.

SILVA, Diana. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2014. Disponível em: < pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-725700 > Acesso em: 15 maio 2015

VARGAS, Izabel Cristina da Silva et al . Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2011.

YOKOTA RTC et al. Projeto "**a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis**": comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. *Rev. Nutr.* 2010.

APÊNDICES

APENDICE A - Instrumento de Coleta de Dados e Informações

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES**CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES****1- IDADE**

() Menor de 18 Anos () Entre 19 e 35 Anos () Entre 36 e 45 anos

2- RENDA FAMILIAR

() 1 Salário Mínimo () Entre 2 e 3 Salários Mínimos () Mais de 4 Salários Mínimos

3- ESCOLARIDADE

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós Graduação

4- Número de gestações: _____**5- Tem dificuldade para alimentar o seu filho**

() Sim () Não

Se sim, qual? _____

6- Você mesma cuida da alimentação do seu filho?

() Sim () Não

Se não, quem? _____

7- Você considera a alimentação do seu filho saudável? Por quê?

() Sim () Não

8- Qual a idade do seu filho? _____

9- O que é alimentação saudável para uma criança de 0 a 2 anos?

10- O que você oferece de alimentos para o seu filho? Por que você oferece estes alimentos? Quais os alimentos você evita oferecer ao seu filho

11- Quais os cuidados da alimentação do seu filho?

12- O que te influencia na hora da escolha dos alimentos do seu filho

APENDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa: Concepções e Práticas Maternas Sobre Alimentação em Crianças menores de 2 anos, realizado pelos pesquisadores: Prof. Esp. Amélia Resende Leite e a aluna Tayne Lima de Oliveira.

Esta pesquisa pretende avaliar as concepções e práticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos, assim como caracterizar a situação socioeconômico das mães entrevistadas, identificar as dificuldades enfrentadas pelas mães na alimentação de seus filhos, analisar o conhecimento das mães sobre alimentação saudável para crianças menores de 2 anos e identificar na opinião das mães, o tipo de alimentação adequada para crianças menores de 2 anos.

O motivo que nos leva a fazer este estudo refere-se a saúde da criança ser um campo de discussão na área da saúde pública brasileira, com finalidade de trazer dados com relevância científica onde ajudará a sociedade de entender melhor sobre o processo de cuidado da alimentação em crianças menores de 2 anos. Acredita-se para os que se tenham hábitos alimentares complementares saudáveis, deve-se existir interesse das mães quanto a qualidade de vida da criança, frente sua dieta.

Caso a senhora decida participar, a senhora deverá responder a um formulário estruturado para analisar as concepções e praticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos. A senhora será submetida ao instrumento uma só vez, não havendo necessidade de outros encontros. O tempo médio para responder ao formulário corresponde a 5 minutos.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, possível desconforto aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superam os riscos.

O estudo apresentará como benefício avaliar as concepções e práticas maternas sobre alimentação em crianças menores de 2 anos e trará uma expectativa de melhorias no enfoque da assistência infantil a partir da reflexão dos resultados encontrados e assim, impulsionará novos estudos sobre a temática.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe

identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se a senhora tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pela pesquisadora associada desse estudo e reembolsado. Além disso, Se a senhora sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, será indenizado pela pesquisadora associada.

A senhora ficará com uma cópia deste documento e a outra com a pesquisadora responsável. Toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável, através do e-mail: amelia_resende@hotmail.com

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativas, bem como o direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE².

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____ / ____ / ____

 Profª. Esp. Amélia Resende Leite¹
 Pesquisadora responsável

 Participante da Pesquisa/testemunha

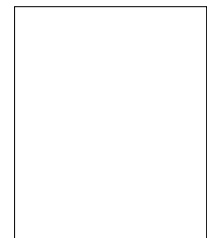
¹ Pesquisadora Responsável: Amélia Resende Leite

Endereço profissional do Pesquisador: Francisco Holanda 81, Ap 130 cond. Fausto Guilherme. Alto de São Manoel CEP:59631-100

E-mail do pesquisador: amelia_resende@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.



Impressão
 datiloscópica do
 participante

ANEXO

ANEXO A - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE
 e da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 2º **Reunião Ordinária** realizada em 26 de Fevereiro de 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **CONCEPÇÕES E PRÁTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS.**, protocolo número: 018/2015 e **CAAE: 41604315.5.0000.5179**, **Pesquisadora responsável: AMÉLIA RESENDE LEITE e das Pesquisadoras associadas: TAYNE LIMA DE OLIVEIRA, PATRÍCIA HELENA DE MORAIS CRUZ MARTINS e VERUSA FERNANDES DUARTE.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 19 de Março de 2015

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE