

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

EDNAMARA FILOMENA DOS SANTOS

**Transformando o olhar: as práticas educativas e introdução de
alimentos na dieta de crianças**

Brasília

2007

EDNAMARA FILOMENA DOS SANTOS

**Transformando o olhar: as práticas educativas e introdução de
alimentos na dieta de crianças**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª.Diana Lúcia Moura Pinho.

Brasília

2007

Santos, Ednamara Filomena dos.

Transformando o olhar: as práticas educativas e
introdução de alimentos na dieta de crianças /
Ednamara Filomena dos Santos. - Brasília: O autor,
2007.

129 f.

Dissertação de Mestrado - Pós-graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof^ª.Dr^ª.Diana Lúcia Moura Pinho.

1. Alimentação complementar. 2. Práticas educativas.
I Título.

CDU 613.2-053.2

EDNAMARA FILOMENA DOS SANTOS

**Transformando o olhar: as práticas educativas e introdução de
alimentos na dieta de crianças**

Dissertação aprovada como requisito para a
obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-
graduação em Ciências da Saúde da Universidade
de Brasília.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Brasília, 22 de novembro de 2007.

Banca formada pelos (as) professores (as):

Diana Lúcia Moura Pinho
Presidente – Universidade de Brasília

Keiko Miyasaki Teruya
Membro Efetivo - Fundação Lusiada

Denise Oliveira e Silva
Membro Efetivo - Fundação Oswaldo Cruz

Maria Rita Garbi Novaes
Membro Suplente – Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

À professora Diana Lúcia Moura Pinho por ter demonstrado uma orientação fundamentada na teoria dialógica de Paulo Freire no cotidiano deste estudo.

Às professoras Denise de Oliveira e Silva, Maria do Carmo Soares de Freitas e Cristina Larrea Killinger, por terem despertado em mim o olhar antropológico e contribuído para a incorporação da dimensão cultural no presente estudo.

À professora Ana Magnólia Bezerra de Menezes pelas orientações imprescindíveis para a análise de conteúdo.

Às colegas da disciplina Métodos Qualitativos de Pesquisa da pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Christiane Santiago Maia; Juliana Pinheiro, Margarete Oliveira e Maria da Graça Camargo que foram juízes da análise de conteúdo.

A Nadja Rodrigues de Oliveira pela revisão do texto.

Aos profissionais dos Centros de Saúde da Regional de Saúde de Sobradinho que participaram do estudo.

Às mães usuárias que carinhosamente aceitaram participar do estudo.

RESUMO

Este estudo analisa práticas educativas e seu significado na construção do conhecimento sobre a introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança. A introdução destes alimentos ocorre quando o paladar ainda não foi pervertido pelo excesso de sal e açúcar, de forma que, quando bem orientada, pode contribuir para uma alimentação saudável. A nutrição de uma população depende tanto de uma alimentação equilibrada quanto da sua educação e cultura. Assim, as práticas educativas em saúde têm passado por uma redefinição de seus objetivos na busca por uma renovação teórico-metodológica que incorpore o diálogo no processo educativo. Nesta perspectiva, o profissional de saúde deixa de ser o centro deste processo e assume o papel de mediador da relação usuárias-conhecimento, no qual o ponto de partida é a realidade dos sujeitos, suas percepções e visão de mundo, de onde uma reflexão crítica e sucessivas aproximações de realidades possibilitam a transformação dos envolvidos. Este estudo foi realizado em dois Centros de Saúde da Regional de Saúde de Sobradinho - DF. Foram analisados todos os prontuários das crianças que completaram sete meses de idade em janeiro de 2006. Os prontuários foram organizados segundo a participação da mãe/usuária nas práticas educativas – coletiva (palestra e oficina) e/ou individual (consulta) – e dezesseis foram selecionados, aleatoriamente, oito crianças de cada centro de saúde. Em seguida, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com suas mães/cuidadoras. O recurso da observação direta, com auxílio de áudio e vídeo, foi também usado, além de questionário aplicado aos profissionais de saúde com o objetivo de caracterizar e comparar as práticas educativas. Os resultados apontaram que, no Centro de Saúde **A**, a palestra reflete a tendência pedagógica liberal tradicional, enquanto a estratégia da oficina se aproxima da tendência progressista libertadora no centro **B**. Ao contrastar as práticas educativas dos dois Centros, observa-se que as estratégias coletivas contribuíram mais para a construção do conhecimento das usuárias, especialmente no Centro de Saúde que utiliza a oficina como estratégia metodológica, possivelmente por permitir maior participação e troca de experiências. Desta forma, nas práticas em que as dimensões culturais e afetivas da alimentação não foram consideradas, as recomendações foram pouco incorporadas no cotidiano dos envolvidos. Além disso, as usuárias relataram que esta introdução representa ansiedade, estresse, demanda paciência e implica em ajustes que extrapolam a adaptação da criança ao alimento: ela demanda, sobretudo, a reorganização familiar e de papéis sociais. Elas apontaram que sofrem influências da família e outras pessoas nesta fase, especialmente quanto à alimentação e amamentação. Neste cenário, podemos considerar que as práticas educativas influenciam o comportamento das usuárias e do seu entorno em relação à alimentação, podendo promover transformações no seio familiar. Em suma, este estudo ratifica a importância da utilização de práticas educativas baseadas em metodologias ativas, uma vez que elas contribuem com a transformação das práticas educativas nos serviços de saúde e na construção de uma rede de apoio em direção à autonomia para uma alimentação saudável.

Palavras-chave: Práticas educativas. Introdução de alimentos não lácteos. Percepção de mães. Alimentação complementar.

ABSTRACT

This study analyses educational practices and their importance in the building of knowledge about non-lacteous food introduction in the child's diet. The introduction of these aliments occurs when the taste hasn't been yet perverted by the excess of salt and sugar, which means that, when well oriented, it can contribute to a healthy diet. A population's nutrition depends on its access to a well balanced diet, its education and its culture. Therefore, educational practices in health have been going through a redefinition of purposes, searching for a theoretical and methodological renovation that incorporates the idea of dialogue in the educational process. In this perspective, the health professional is no longer the center of this process, but a mediator in the caretakers-knowledge relation. The starting point is the individual's reality, its perspectives and world vision, from where a transformation within those involved is possible through critical thinking and successive reality approximations. This study was developed in two health centers in the Health Region of Sobradinho – DF. All charts of children who had completed seven months old on January 2006, when the collection of data began, were analyzed. They were organized according to the mother's/caretaker's participation in the educational practices, which could be in groups (lecture and workshop) and/or individually (consult). After that, sixteen of them were randomly selected, eight from each health center. The mothers/caretakers of the selected children were interviewed, using a semi-structured script. Other methodological instruments of data collection were direct observation of the educational practices, using audio and video media, and a questionnaire answered by the health professionals of the centers, which was built with the purpose of characterizing and comparing the educational practices used. The obtained results indicated that, in health center **A**, the lectures reflect the liberal traditional pedagogical trend, as health center **B** showed that the workshop strategy is more similar to the progressive freeing tendency. When the educational practices from both centers were compared, it was noticed that the group strategies contributed more to the building of knowledge among the caretakers especially for the users who attended the health center that used the methodological strategy of the workshop, possibly because it allowed more participation and exchange of experiences between the caretakers. Therefore, the practices that did not consider the cultural and affective dimensions of eating were not well incorporated in the caretakers' everyday life. Furthermore, the centers' users have said that this introduction of food causes anxiety and stress, demanding patience and implicating adjustments that go beyond the child's adaptation to the food: they demand, above all, reorganizing the family and their members' social roles. They indicated that they suffer strong influences from their family and other people during this period, especially concerning the feeding and breastfeeding of their children. As a consequence, we can presume that educational practices influence not only their behavior but also of those around them, concerning the child's diet and feeding, which implies that they can promote transformations in the familiar system. In summary, this study ratifies the importance of using educational practices based on active methodologies, once they contribute to transform educational practices in health services and to build a social network towards the autonomy for a healthy diet.

Key-words: Educational practices. Introduction of non-lacteous food. Perception of mothers. Complementary feeding.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Consultas por unidade Centros de Saúde **A** e **B** - janeiro de 2006 p. 60
- Tabela 2 – Distribuição das crianças segundo práticas educativas nos Centros de Saúde **A** e **B** – janeiro de 2006 p. 63
- Tabela 3 – Distribuição da média de idade da mãe /usuárias nos centros de saúde **A** e **B**- janeiro de 2006 p. 65
- Tabela 4 - Distribuição de média da escolaridade em anos de estudo concluídos das mães /usuárias nos Centros de saúde **A** e **B** - janeiro de 2006 p. 66
- Tabela 5 - Distribuição de média de filhos nascidos vivos nos Centros de saúde **A** e **B** - janeiro de 2006 p. 66
- Tabela 6 – Distribuição das crianças segundo sexo por centro de saúde - janeiro de 2006 p. 67
- Tabela 7 – Distribuição das recomendações importantes na orientação para a introdução de alimentos não lácteos á dieta da criança segundo profissionais de saúde dos centros de saúde **A** e **B** p. 71

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Sistema de Saúde do Distrito Federal/ Plano Diretor p. 59
- Figura 2 - Crianças atendidas nas unidades de saúde segundo tipo de prática educativa – janeiro de 2006 p. 64
- Figura 3 - Idade da criança segundo tipo de prática educativa – Centro de Saúde **A** e **B** - janeiro de 2006 p. 65
- Figura 4 - Idade da mãe/usuária nos centros de saúde **A** e **B** - janeiro de 2006 p. 66
- Figura 5 - Escolaridade da mãe/ usuária em anos concluídos nos centros de saúde **A** e **B** p. 67
- Figura 6 - Distribuição das usuárias dos Centros de Saúde **A** e **B** segundo o trabalho fora de casa - janeiro de 2006 p. 68
- Figura 7 - Distribuição das usuárias dos Centros de Saúde **A** e **B** que trabalham fora de casa segundo a participação nas práticas educativas - janeiro de 2006 p. 68
- Figura 8 - Distribuição das entrevistadas usuárias dos centros de saúde **A** e **B** segundo o estado civil p. 69
- Figura 9 - Distribuição das entrevistadas usuárias dos centros de saúde **A** e **B** segundo faixa de escolaridade p. 69
- Figura 10 - Distribuição das entrevistadas usuárias dos centros de saúde **A** e **B** segundo o trabalho fora de casa p. 70

LISTA DE SIGLAS

DIVEP -	DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
MS -	MINISTERIO DA SAÚDE
NOAS -	NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
OMS -	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PAISC -	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA
PNPS -	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
PSF -	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RSS -	REGIONAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO
SES-DF -	SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUS -	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE -	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNICEF -	<i>UNITED NATION'S CHILDREN'S EMERGENCY FUND</i>
WHO -	<i>WORLD HEALTH ORGANIZATION</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 OBJETIVO.....	19
1.1 Objetivos específicos.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Alimentação saudável – introdução de alimentos.....	20
2.2 Promoção da saúde.....	26
2.3 Aconselhamento.....	28
2.4 Relação dialógica: teoria de Paulo Freire.....	34
2.5 Práticas educativas.....	41
2.6 Análise de conteúdo.....	49
3 MÉTODO.....	51
3.1 Campo de estudo.....	51
3.2 Participantes do estudo.....	51
3.3 Aspectos éticos.....	52
3.4 Coleta de dados.....	52
3.5 Análise de dados.....	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
4.1 Cenário do estudo.....	58
4.2 Caracterização das práticas educativas.....	61
4.3 Caracterização dos participantes – usuárias.....	63
4.4 Profissionais envolvidos nas práticas educativas.....	70
4.5 As práticas educativas.....	71
4.5.1 As recomendações dos profissionais de saúde.....	71
4.5.2 - O olhar das mães/ usuária.....	72
4.5.2.1 Análise de conteúdo dedutiva.....	72
4.5.2.2 Análise de conteúdo indutiva - As categorias sínteses e específicas.....	74
4.5.2.3 Análise indutiva – outras categorias.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS.....	102

ANEXO A - Ficha do prontuário de atendimento - Centros de Saúde A e B.....	108
ANEXO B - Roteiro escrito entregue às mães - Centros de Saúde A e B.....	109
ANEXO C - Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da SES/DF.....	111
APÊNDICE A - Termo de consentimento para os usuários.....	113
APÊNDICE B - Termos de consentimento para os profissionais de saúde.....	114
APÊNDICE C - Protocolo para coleta de dados do prontuário.....	115
APÊNDICE D - Roteiro para entrevista (usuários).....	116
APÊNDICE E - Roteiro entrevista profissional de Saúde - prática individual.....	117
APÊNDICE F - Roteiro entrevista profissional de Saúde - prática coletiva.....	118
APÊNDICE G - Registro das práticas educativas.....	119
APÊNDICE H - Análise de conteúdo dedutiva.....	120
APÊNDICE I - Distribuição sócio-demográfica das entrevistadas.....	129

INTRODUÇÃO

No meu cotidiano de trabalho, seja como pediatra ou como chefe da Unidade de Pediatria da Regional de Sobradinho, por 16 anos, detectei que as mães tendiam a comparecer aos Centros de Saúde pela primeira vez quando a criança tinha mais de um mês de idade, e com frequência já havia introduzido leites artificiais a sua dieta. Constatei ainda que havia um número significativo de crianças que eram internadas no berçário do hospital para tratamento de agravos preveníveis por orientação em uma consulta no próprio Centro de Saúde.

Os motivos alegados pelas mães para a introdução de outros tipos de leite eram, predominantemente, por problemas com as mamas ou manejo adequado da amamentação. Visando minimizar este problema, foi criado em 1990, nos três Centros de Saúde da Regional de Sobradinho, onde desenvolvo minhas atividades, um ambulatório para atendimento ao recém-nascido com a frequência semanal. Desta forma, ao sair de alta, o neonato já é agendado para o Centro de Saúde mais próximo de sua residência para a quinta-feira subsequente à alta. A abordagem do ‘ambulatório de sete dias’ era estruturada em reuniões de apoio às usuárias após o parto, utilizando as palestras como estratégia metodológica, com temas pré-estabelecidos, de forma que o neonato passava por uma consulta individual em seguida.

As práticas educativas coletivas, no dia-a-dia dos Centros de Saúde, eram e ainda são desvalorizadas em detrimento da consulta individual, tanto pelas usuárias quanto pela equipe de saúde. Soma-se ainda o fato destas práticas estarem fundamentadas em metodologias de ensino em que o profissional é o centro do processo, ele discorre sobre um tema pré-determinado e responde às perguntas das usuárias, segundo os conteúdos apresentados, de maneira descontextualizada de sua realidade.

Neste sentido, as práticas educativas desenvolvidas nos Centros de Saúde ou no espaço hospitalar, com as quais tive contato ao longo de minha atuação profissional como pediatra, eram frequentemente centradas na perspectiva de uma intervenção na vida dos indivíduos, visando à prevenção de doenças. A organização e priorização das práticas envolviam grupos específicos como desnutridos, diabéticos, entre outros, ou se centravam em determinadas fases do ciclo de vida, como grupos de gestantes e de puérperas. Estas práticas educativas com temas pré-estabelecidos pelos profissionais e se baseavam exclusivamente no

discurso científico, com estabelecimento de prescrições, sem considerar o saber das participantes e com forte carga de responsabilização dos usuários por eventuais problemas de saúde.

Este é o modelo das práticas educativas em saúde vigente na maioria dos serviços, centrado no profissional de saúde. Este modelo de práticas educativas tem como foco central a persuasão dos indivíduos na adoção de comportamentos mais saudáveis a partir das informações viabilizadas pelo profissional de saúde, sem considerar o contexto de inserção deste usuário. O papel do profissional, nessa perspectiva, seria levar o indivíduo a uma decisão informada sobre riscos à saúde, sendo a mudança no comportamento responsabilidade dos usuários exclusivamente (SMERKE; OLIVEIRA, 2001).

Neste contexto, encontrei muitos profissionais decepcionados e desmotivados ao percebem que suas orientações não eram seguidas ou incorporadas pelos usuários, assim como presenciei situações em que o profissional responsabilizava a mãe/usuária pela situação de saúde do filho como, por exemplo, por não o ter amamentado. Estas questões estimularam uma reflexão sobre o modelo de práticas utilizadas, que não respondiam às necessidades das mães/usuárias.

Assim, para a renovação das abordagens, foram incorporados nas capacitações dos profissionais de saúde da Regional de Sobradinho os princípios do Aconselhamento em Amamentação. Estes princípios fazem parte do curso editado pelo *United Nation's Children's Emergency Fund* – UNICEF, utilizado em vários países do mundo (OMS/UNICEF, 1997).

O ponto central deste curso está na importância da interação entre os profissionais e a mãe/usuária, utilizando diferentes estratégias de comunicação. Desta forma, o profissional ao reproduzir as técnicas de forma mecânica não atingirá a interação pretendida e dificilmente conseguirá obter a efetividade no processo de escuta. É neste sentido que Lais Bueno e Keiko Teruya (2004), no artigo “Aconselhamento em Amamentação e sua Prática”, referem que, ao organizar uma prática educativa, deve-se promover um ambiente em que os participantes se sintam inclusos, à vontade para a exposição de dúvidas, troca de experiências e vivências, no sentido de construir sua decisão quanto à amamentação.

Apesar dessas discrepâncias, as capacitações com os cursos de aconselhamento (UNICEF/MS) permitiram aos profissionais verificar na prática o quão importante é a adoção de uma postura mais aberta e a utilização de práticas pedagógicas que possibilitem a

participação ativa de todos, a exemplo das oficinas e as rodas de discussão. Estas estratégias, quando bem utilizadas, são importantes para apoiar os usuários no cuidado da saúde de sua família.

Assim, pergunto, será que os profissionais envolvidos nos serviços de saúde estão preparados para este desafio?

Neste contexto, observei que havia uma grande dificuldade dos profissionais de todas as categorias em desenvolver as práticas relacionadas à escuta do outro. Poucos eram aqueles que privilegiavam a escuta, segundo os princípios do aconselhamento, e utilizavam os instrumentos propostos, colocando em evidência que as práticas em questão eram novidades em seus ambientes profissionais.

Contudo, mesmo atualmente, as dificuldades se evidenciam. Hoje, por exemplo, a atividade educativa da amamentação, no ambulatório, do recém-nascido é desenvolvida com a incorporação progressiva dos princípios do aconselhamento. Entretanto, o ritmo da incorporação é diferente entre os três Centros de Saúde de Sobradinho, denotando dificuldade do profissional em abandonar as práticas educativas baseadas na transmissão do conhecimento.

Além disso, as orientações para a alimentação das crianças vêm sendo modificadas ao longo do tempo, passando por experiências em que algumas que se mostraram ineficazes e ou prejudiciais, como o tempo de mamada de quinze minutos em cada mama, a introdução de suco com dois meses de idade, os exercícios para o mamilo durante a gestação, entre outras. Estes insucessos do conhecimento formal demonstram que não existem verdades absolutas e definitivas.

Nesta perspectiva, alguns profissionais de saúde da Regional de Sobradinho observaram que, após a introdução de alimentos não lácteos, a curva de peso de muitas crianças desacelerava. Assim, as coordenações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e do Banco de Leite Humano desta regional optaram por iniciar uma prática educativa no sexto mês em dois Centros de Saúde e apoiar o outro Centro que já a realizava. As capacitações teóricas e práticas sobre o tema foram realizadas com a participação de

médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, assistentes sociais, nutricionistas dos Centros de Saúde, e médicos e enfermeiras do PSF¹.

Na busca por respostas para as questões relativas à implementação de práticas educativas que pudessem incluir a mãe/usuária em atividades sustentadas no contexto real destas usuárias, foi iniciado, em abril de 2004, o ambulatório de introdução de alimentos não lácteos à dieta da criança. No dia do ambulatório, ocorre uma prática educativa coletiva, com a participação das mães/usuárias, e as crianças são em seguida encaminhadas para atendimento individual.

Ao implantar o ambulatório de introdução de alimentos, a opção pela denominação ‘alimentos não lácteos’ deu-se em função de que o termo ‘alimentação complementar’ remete ao aleitamento materno, indicando, assim uma exclusão das crianças que não estivessem sendo amamentadas. Cabe esclarecer que entre os objetivos deste ambulatório e de suas práticas educativas está: o apoio ao aleitamento materno, à alimentação complementar adequada e em época oportuna, e à introdução de alimentos de forma diferenciada para as crianças que não estão sendo amamentadas.

A proposta para a prática educativa, a ser desenvolvida no âmbito deste ambulatório e que foi desenvolvida nas capacitações incluía a utilização da estratégia de oficinas, cujos participantes seriam mães que fossem retornar ao trabalho ou cujos filhos estivessem no sexto mês de idade. Era ainda incentivada e recomendada a participação da pessoa que prepara o alimento e de outros membros da família envolvidos na alimentação da criança.

Apesar dos profissionais de saúde envolvidos nas práticas educativas dos Centros de Saúde da Regional de Sobradinho terem participado das capacitações, a forma como a atividade educativa é desenvolvida nos três Centros de Saúde se mostrou diferente. No Centro de Saúde **A**, as práticas educativas desenvolvidas são a individual, por meio de consulta, e a coletiva, com palestras e respostas a eventuais dúvidas das mães. Nos Centros de Saúde (**B** e **C**), as práticas são a individual, também por meio de consulta, e a coletiva, com as oficinas. Vale frisar que há consulta individual após as práticas coletivas nos três Centros de Saúde da regional.

¹ Os agentes comunitários e auxiliares do PSF ainda não haviam sido contratados.

O resultado das primeiras experiências com as oficinas foi surpreendente, uma vez que possibilitou a verificação de que os alimentos não lácteos já haviam sido introduzidos na dieta da maioria das crianças. Com base nestas observações, no Centro de Saúde **B** ocorreu a antecipação do agendamento das oficinas para a faixa etária de cinco meses, assim como flexibilizá-la de acordo com as necessidades das mães, como a volta ao trabalho, as inseguranças, o uso de leite artificial, entre outras.

Neste contexto, podemos nos perguntar sobre o motivo pelo qual um número significativo de usuárias, apesar de há anos receberem informações sobre aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e com alimentos complementares até dois anos de idade, em diversos contextos como pré-natal, parto, visitas dos agentes de saúde e nas unidades de saúde, não aderirem a este comportamento. Por que algumas não relatam aos profissionais de saúde, por exemplo, que estão usando mamadeira e chupeta com seus filhos?

Nas relações assimétricas, baseadas na transmissão vertical de informação, quando o saber científico é imposto à usuária e não considera seus valores, crenças, condições de vida, e capacidade de decidir o que é melhor para si, a usuária muitas vezes, para evitar situações constrangedoras e não levar “bronca” dos profissionais, omite informações que ela sabe ser diferentes das prescritas pelo profissional. No modelo em vigor, o papel do profissional se baseia na transmissão de conhecimento sem levar em consideração o contexto sociocultural e histórico da comunidade e das usuárias. Neste ambiente, as omissões de informação são muito frequentes, pois o vínculo estabelecido é frágil.

Em contrapartida, ao refletirmos sobre as práticas educativas em saúde sob a perspectiva da participação dos sujeitos, podemos contribuir com atividades que tenham como base a construção compartilhada do saber, o que terá repercussões na qualidade de vida da comunidade.

Numa percepção mais ampla do processo de produção da saúde, ou seja, no contexto da mãe que busca o aconselhamento para cuidar de seu filho, os determinantes sócio-históricos devem ser considerados, assim como o reconhecimento das capacidades tanto individuais como coletivas (SMERKE; OLIVEIRA, 2001). O empoderamento da usuária por meio de práticas educativas ancoradas no diálogo, centrada na autonomia da usuária e considerando sua visão de mundo, podem contribuir para a melhor saúde no seu conceito mais amplo.

Outro aspecto que merece reflexão é que, nas palestras teóricas, onde há pouca participação da usuária, o nível de atenção requerido é maior, uma vez que a ouvinte precisa apreender o que está sendo falado apenas por meio da audição e imaginação. Entretanto, se utilizarmos uma abordagem baseada na participação ativa das usuárias, a exemplo da estratégia da oficina, que utiliza situações reais como a demonstração, as cores, formas e consistências do alimento tornam-se concretas, além de possibilitar uma participação efetiva e troca de experiências.

Todas estas são questões que merecem reflexão e que estão envolvidas no processo de transformação das práticas educativas em saúde. Estas práticas têm passado por uma redefinição de seus objetivos, no sentido de uma renovação teórico-metodológica que incorpore o diálogo no processo educativo, o que implica em o profissional de saúde deixar de ser o centro e assumir o papel de mediador da relação entre as (os) usuárias (os) e o conhecimento (SMERKE; OLIVEIRA, 2001).

Na renovação de abordagens, torna-se imperiosa a construção da autonomia dos sujeitos. Quando o educador assume a posição de professor autoritário, nega a afirmação do indivíduo como sujeito de conhecimento, parte do princípio que o outro não tem nenhum saber, ou que este saber não tem valor por pertencer ao “senso comum”. O respeito à autonomia e à dignidade implicam na procura pela coerência entre este saber e a criação de virtudes e qualidades como bom senso, escuta, reflexão crítica da prática, respeito, tolerância, e a compreensão de que qualquer atividade educativa é uma forma de intervenção no mundo (FREIRE, 1996).

Assim, as práticas educativas poderão contribuir no processo de formação de hábitos alimentares saudáveis?

A adequação dos pressupostos teóricos no nosso cotidiano é um grande desafio para todos os profissionais que lidam com práticas educativas. Ultimamente, tem-se verificado a necessidade de incorporar técnicas e instrumentos de pesquisa qualitativa que permitam conhecer mais profundamente os contextos sociais e culturais, pois, nesta perspectiva, a abordagem quantitativa não consegue dar a visibilidade requerida.

Daí a importância da realização de pesquisas que levem em conta o contexto real: para nos mostrar outros caminhos que contribuam para a reflexão sobre as práticas educativas em nossos serviços de saúde, assim como sua efetividade e o seu papel na melhoria da saúde

das crianças. A reflexão também deve ser acerca da capacitação dos profissionais de saúde no sentido de instrumentalizá-los para as práticas educativas não coercitivas, baseadas, sobretudo, na troca de saberes e na consideração da situação sociocultural da usuária. Estas são dimensões que os métodos qualitativos permitem abarcar especialmente quando temos como objeto de estudo as práticas educativas em saúde.

Para Minayo (1993), não há contradição entre a abordagem qualitativa e a quantitativa. Segundo ela, seria desejável que as relações sociais fossem analisadas em seus aspectos epidemiológicos e seus significados mais essenciais aprofundados, de forma que o estudo quantitativo e o qualitativo se complementassem. Assim, a abordagem qualitativa realiza uma aproximação entre sujeito e objeto, pois envolve empatia aos motivos, às intenções, e aos projetos dos atores, tornando as ações, as estruturas e as relações significativas.

É com esse olhar que desenvolvi o presente estudo e optei pelo uso de uma abordagem qualitativa, a fim de possibilitar um maior aprofundamento no significado das práticas educativas na aceitação e incorporação das orientações acerca da introdução de alimentos pelas usuárias. As questões norteadoras foram: Qual o significado das práticas educativas utilizadas nos serviços no cotidiano das mães /usuárias? As práticas educativas utilizadas influenciam a construção de conhecimentos das usuárias/mães quando da introdução dos alimentos não lácteos na dieta da criança?

Pretendo com este estudo contribuir para a construção de práticas educativas em saúde que levem em conta as crenças e os valores dos sujeitos e, assim, caminhar na direção de uma alimentação mais saudável para as crianças, respeitando o seu contexto social, econômico e cultural.

1 OBJETIVO

Analisar o significado das práticas educativas na introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança na Regional de Saúde de Sobradinho.

1.1 Objetivos específicos

- Descrever as características das práticas educativas na introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança.
- Conhecer os pontos de convergência das diferentes práticas educativas na introdução de alimentos não lácteos.
- Apreender o significado das práticas educativas para as mães/usuárias.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Alimentação saudável – Introdução de Alimentos

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição faz a integração de planos e programas de ação com o objetivo de promover a saúde e a alimentação saudável. O ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’ ressalta, com base na literatura científica mundial, que há evidências de que a composição de dietas protege contra a maioria das doenças crônicas, tornando pertinente a elaboração de recomendações que promovam a saúde e previnam estes males. Assim, os programas de alimentação e nutrição brasileiros enfocam a promoção de uma alimentação saudável e a prevenção de doenças, no seu conjunto evitando recomendações específicas para determinadas doenças. As deficiências nutricionais e as doenças infecciosas, em todas as fases da vida, são questões fundamentais de saúde pública no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As práticas alimentares saudáveis, de acordo com referido documento, devem ter enfoque no resgate de hábitos alimentares regionais e alimentos produzidos localmente, culturalmente referenciados, com elevado valor nutritivo, seguros do ponto de vista sanitário, e que devem ser consumidos dos seis meses de vida até a velhice. Desta forma, são atributos básicos para a alimentação saudável a acessibilidade física e financeira, o sabor, a variedade, múltiplas colorações, harmonia e segurança sanitária. Ele também ressalta a transição nutricional no contexto das modificações históricas, como a questão de gênero e a entrada da mulher no mercado de trabalho, sem correspondente destaque da atribuição da responsabilidade da alimentação à família, que continua sendo feminina. Ele destaca a modificação dos espaços entre as refeições, das relações familiares, do compartilhamento das refeições, a perda da identidade cultural e o crescente consumo de alimentos industrializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Quanto ao conceito de uma boa alimentação, o Ministério da Saúde define como suas características, no documento ‘O que é uma alimentação saudável?’, o respeito e a valorização das práticas alimentares culturalmente identificadas, a garantia de acesso, o sabor agradável, o custo dentro das possibilidades financeiras da população, e ser variada, colorida, harmoniosa e segura. Este documento ressalta que a alimentação se dá em função do consumo de alimentos, os quais devem ser abordados na dimensão de sua composição e significação

cultural, comportamental e afetiva. Ele destaca ainda que o alimento deve ser uma fonte de prazer, de forma a haver a necessidade de resgatar as práticas e os valores alimentares culturalmente referenciados, além de estimular a produção e o consumo de alimentos saudáveis regionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Percebe-se, assim, que alimentação e cultura mantêm laços de grande proximidade, sendo questões que se permeiam e se influenciam mutuamente. O conceito de cultura tem se modificado ao longo do tempo, tendo sido entendido desde como a forma de expressão das necessidades biológicas até como um conjunto de regras que dão significado e orientam as práticas e a visão de mundo de um grupo social. Ou seja, aos poucos, o conceito de cultura foi se apropriando mais do seu aspecto simbólico (VÍCTORA, 2000), e não há uma única cultura, uma vez que ela está ligada aos grupos sociais. Para GEERTZ (1989), a cultura consiste em estruturas de significado socialmente estabelecidas, como uma teia que o homem teceu, e sua análise interpretativa passa pela procura destes significados, sua importância, o que está sendo transmitido além das palavras em si, de sua cognição e sua valoração para aquela comunidade ou grupo social.

Assim, o modo de ver o mundo seria produto de uma herança cultural. Assim como indivíduos de culturas diferentes apresentam características próprias, como modo de vestir, comer, caminhar e diferenças lingüísticas, a cultura também está implicada em sua visão de mundo. Entretanto, quando o homem vê o mundo multicultural apenas através de sua própria cultura, ele tende a considerar seu modo de vida como mais correto e natural, tendência esta conceituada como “etnocentrismo” (LARAIA, 2005).

Para Laraia (2005), comportamentos etnocêntricos resultam em apreciações negativas dos padrões culturais de povos diferentes, cujas práticas são freqüentemente catalogadas como deprimentes e imorais, prejudicando a compreensão do outro e a comunicação. O cuidado por evitar visões etnocêntricas deve permear não só as relações humanas em geral como também as educacionais, com destaque às práticas educativas em saúde, uma vez que é um fator que dificulta o estabelecimento do vínculo e da comunicação entre o profissional e os usuários e, assim, a internalização pelo público das informações transmitidas.

Assim, a concepção de comida varia entre as diferentes culturas, as quais estabelecem prescrições e proibições, diferenciando e classificando os alimentos em bom,

ruim, forte, fraco, quente, frio, remoso, dentre outras propriedades, além de relacioná-los com idade, gênero, religiosidade e a adequação ao momento e ao ambiente, diferenciando os espaços da casa dos exteriores a ela. Portanto, um alimento aceito em uma cultura poderá ser considerado exótico ou venenoso em outra (WOORTMAN, 1986).

Neste sentido, a alimentação pode variar segundo a idade, o sexo, a relação com o mercado de trabalho, a produção da força de trabalho e dos meios de sobrevivência, construindo concepções que envolvem atributos e propriedades alimentares relacionadas às suas adequações ou inadequações em certos estados fisiológicos de saúde e de doença (CANESQUI, 2007).

Os profissionais de saúde desempenham um papel indutivo na adequada nutrição das crianças. Neste sentido, Vieira (2004) destaca a necessidade de que os pais e responsáveis pelas crianças sejam aconselhados de forma a refletir sobre a importância da alimentação para a saúde dela, hoje e no futuro, assim como da alimentação da família.

No que diz respeito à concepção de alimentação saudável, esta perpassa a formação dos profissionais de saúde. Ela possui interface com diferentes disciplinas, configurando-se como conceito. Portanto, a sua abordagem varia dependendo do serviço onde se dá a prática educativa, seja no contexto coletivo ou no individual.

Além disso, Oliveira destaca que os significados de alimentação saudável refletem uma tendência em mesclar interpretações relacionadas ao campo social e profissional, onde se inscreve a subjetividade na perspectiva do saber científico, colocando em evidência as relações entre uma realidade idealizada e a vivida tanto pelo profissional quanto pelos usuários. A autora enfatiza que:

O conceito ideal da alimentação saudável é, portanto, definido pelos profissionais como uma condição alimentar que deve ser variada, balanceada e equilibrada com nutrientes; que ofereça benefícios à saúde para a adequação às necessidades nutricionais do indivíduo para um peso saudável e que tenha alimentos frescos naturais e integrais. Todas essas regras da biomedicina são consideradas exteriores à realidade do usuário e, por isso, denominadas pelos profissionais como as condições ideais (OLIVEIRA, 2002, p. 1371).

A mesma autora ressalta que a racionalização do pensamento científico tem valorizado o organismo em detrimento do humano. Para ela, o conceito de alimentação saudável não está restrito às estratégias técnicas utilizadas pelos profissionais, e sim a uma

visão ampliada da alimentação nas dimensões biológicas e socioculturais e suas múltiplas relações. Neste contexto, ela destaca que:

O desafio a enfrentar não está restrito ao setor saúde, embora seja esse espaço a arena de confrontação dos fragmentos dinâmicos do contexto social e econômico, ao jogo de imagens e cores da biologia e do simbólico, ao caleidoscópio da escolha alimentar humana. A tarefa exige um profissional de saúde que consiga associar saberes e práticas que potencializem seu papel de agente de promoção da saúde coletiva, tendo como base o entendimento da dimensão humana e não somente o orgânico, pois se trata de um processo biocultural, e sua ação social pode proporcionar o resgate da totalidade do ser humano, reconstruindo a visão dos alimentos não apenas para a nutrição do corpo e das finanças, mas, sobretudo, para nutrir o imaginário humano (OLIVEIRA, 2002, p. 1376).

A nutrição de uma população não depende, exclusivamente, do acesso a uma alimentação equilibrada, mas também de sua educação e cultura. A educação alimentar deve ser iniciada nos primeiros meses de vida, quando são construídos os alicerces dos hábitos alimentares (MONTE; GIUGLIANI, 2004). A introdução dos alimentos não lácteos à dieta da criança, por exemplo, ocorre em um momento em que seu paladar não foi ainda pervertido pelo excesso de sal e açúcar, e que, se bem orientada, poderá contribuir para a sua saúde (GIUGLIANI; VICTORIA, 2000).

Alimentos complementares ou de transição ou alimento de transição para lactentes e crianças de primeira infância segundo o ‘Glossário temático: alimentação e nutrição’, são aqueles oferecidos à criança em complementação ao leite materno, ressaltando que seu preparo pressupõe uma dieta com gradativo aumento da consistência, se assemelhando mais e mais à dieta da família. O Ministério da Saúde recomenda que a alimentação complementar se inicie de forma oportuna aos seis meses de idade, quando a criança necessita de outros alimentos além do leite materno para suprir suas necessidades nutricionais e propiciar seu crescimento e desenvolvimento na sua potencialidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Neste enfoque, a forma como ocorre a introdução de alimentos não lácteos ou a alimentação complementar na dieta da criança pode influenciar a nutrição e qualidade de vida atual e futura.

A família oferece o espaço de aprendizado social à criança. O ambiente doméstico e o estilo de vida da família podem ter grande influência na alimentação, afetando seu equilíbrio pela disponibilidade, composição, consistência e sabores dos alimentos. Assim, a

família tem papel fundamental no estabelecimento do aprendizado de hábitos alimentares (GOLAN, 2002).

Segundo Ramos e Stein (2000), os fatores psicossociais envolvidos no contexto familiar influenciam a aprendizagem inicial do indivíduo sobre as sensações de fome, saciedade e percepção de sabores. É na família que a criança começa a aprender o quê, quando, e como comer, assim como a relacionar os sabores dos alimentos com os afetos, de acordo com a cultura de seu grupo social. Além disso, as autoras destacam que as regras e normas da alimentação das crianças são estabelecidas pelo grupo social, seja na forma como as refeições são programadas em função das necessidades nutritivas, seja de acordo com a vontade delas e dos cuidadores, ou seja, segundo a ocasião social e a rotina alimentar das famílias. Neste sentido, a introdução de novos alimentos na dieta da criança pode influenciar suas preferências alimentares e determinar seu padrão de consumo.

Desta forma, as atitudes relacionadas à comida são aprendidas precocemente e no ambiente social. Elas relacionam-se à cultura e apresentam características como requinte pessoal, cooperação, compartilhamento, restrição e reciprocidade. Assim, comer:

É uma atividade humana central não só por sua frequência, constante e necessária, mas também porque cedo se torna a esfera onde se permite alguma escolha. Para cada indivíduo representa uma base que liga o mundo das coisas ao mundo das idéias por meio de nossos atos. Assim, é também a base para nos relacionarmos com a realidade (MINTZ, 2001, p. 32).

A alimentação apresenta uma temporalidade socialmente determinada: em cada etapa do ciclo de vida, esta se relaciona com estilos alimentares que envolvem ritmos, papéis e condicionantes. Assim, pode-se dizer que a alimentação seria a primeira aprendizagem social que delimita as fronteiras de identidade, seja entre grupos de uma mesma cultura, entre os membros deste grupo, ou entre grupos de diferentes culturas. O comportamento alimentar da criança é submetido a condicionantes fisiológicos e à interação com sua mãe, que busca a adaptação da criança a alguns ritmos sociais, que serão sua primeira influência social. Com a introdução dos alimentos, o aprendizado da criança desenvolverá o seu gosto e a regulação de sua mecânica digestiva a partir da cultura em que estiver inserida (POULAIN; PROENÇA, 2003).

Tendo em mente estas questões, Romaneli (2006), destaca que o acesso ao saber científico não é suficiente para modificar os costumes alimentares, uma vez que a relação com a comida não se baseia nas necessidades do organismo e sim na mediação de um complexo

sistema simbólico proveniente das relações em torno das refeições e que influencia escolhas alimentares. Para o autor, as regras alimentares apresentam normas de cunho científico hegemônicas, associadas às ordenações culturais e outras impostas pelos interesses mercantis.

O processo de globalização da economia também tem importante papel na alimentação, não só pela variedade e quantidade de produtos e serviços, mas, sobretudo, pelo suporte publicitário, que utiliza como estratégia o discurso científico no incentivo ao consumo. No processo de globalização, a perda das raízes da alimentação pela diversidade de produtos e conseqüente passagem da cozinha tradicional para a industrializada é notável.

No Brasil observa-se a valorização do modelo norte-americano como referência de modernidade, como símbolo do primeiro mundo. A idealização de modernidade referida, representada pelo rótulo “americano”, contém as idéias de vanguarda científica, avanço tecnológico, poder econômico, praticidade da vida cotidiana, e outras (GARCIA, 2003, p. 489).

As questões envolvendo o corpo, com a globalização, passam a ser focadas no seu valor estético, na importância da valorização social, de forma que o corpo magro e limpo “combina com a forma leve e iluminada de estar no mundo. Em particular, sobre o corpo da mulher, a escultura revestida de falta de excesso de peso, abdome magro e ossatura em evidência, torna-a parte do mercado” (FREITAS, 2002, p. 25).

Neste enfoque, observa-se a modificação na natureza da comida, que passa a ser ingerida como medicalização para a transformação do corpo, de forma que a dieta reflete a purificação do mesmo para a perda de peso ou para evitar seu excesso (FREITAS, 2002).

Assim, a reflexão sobre a introdução de alimentos na dieta da criança deve estar associada a uma prática educativa que tenha como pressuposto o envolvimento da família e o seu entorno. As mulheres neste cenário, possuem um papel fundamental e merecem atenção especial, uma vez que a manipulação, a escolha, e o preparo do alimento, assim como a alimentação dos filhos, são encargos predominantemente femininos em nossa cultura, geralmente transmitido por gerações. Desta forma, a contribuição para uma alimentação saudável está centrada no respeito tanto à dimensão cultural quanto econômica, afetiva, e de ritual de socialização envolvidas no se alimentar (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Tendo em vista estas questões, podemos dizer que o desafio a ser ultrapassado em direção a uma alimentação saudável passa pela promoção da saúde.

2.2 Promoção da saúde

Junto com outras conferências internacionais, como a de Adelaide (WHO, 1988), de Sundsvall (WHO, 1991) e de Jacarta (WHO, 1997), a carta de Ottawa é um dos documentos-base para a promoção da saúde. Segundo o documento a promoção é o processo de capacitação da comunidade no sentido de atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde com maior participação dos usuários no controle. Assim, a saúde passa a ter um sentido que ultrapassa o biológico, incorporando recursos sociais e pessoais. Neste sentido, o referido documento coloca como recursos fundamentais para a saúde: habitação, renda, educação, paz, alimentação, ecossistema estável, justiça social e equidade (WHO, 1998).

A carta de Ottawa ressalta que a equidade é fundamental na promoção da saúde, de forma que as ações devem objetivar a redução das diferenças quanto a esta dimensão na população e prover recursos para capacitar as pessoas no sentido de realizar seu potencial de saúde. Entre os recursos, o documento destaca os ambientes favoráveis, o acesso à informação, e as experiências, habilidades e oportunidades que possibilitem escolhas por uma vida mais sadia. É importante ressaltar que estas ações devem ser adaptadas às condições sociais, culturais e econômicas locais.

Ela destaca ainda que a promoção de saúde envolve o desenvolvimento das comunidades, com o reforço da participação popular nos assuntos referentes à saúde, o que implica em acesso a informações e oportunidades de aprendizado para os temas de saúde, assim como a existência de um apoio financeiro. Neste sentido, a promoção da saúde nos serviços envolve os profissionais, os indivíduos, a comunidade, grupos organizados, e instituições de saúde e de governo que possam perceber e respeitar as peculiaridades e especificidades de cada cultura.

Segundo BUSS (2000), as concepções de promoção em saúde podem ser reunidas em dois grupos. No primeiro, aquelas com base em atividades que visam a transformação de comportamentos e estilos de vida dos indivíduos, e que os localizam no ambiente familiar e no âmbito cultural de sua comunidade. Neste grupo, os programas ou atividades de promoção da saúde se concentrariam em componentes educativos relacionados aos riscos comportamentais passíveis de mudanças, com controle ainda que parcial dos indivíduos, como sobre o hábito de fumar, a dieta e as atividades físicas.

Já o segundo grupo se caracteriza pelas atividades com objetivo de identificar o papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sustentado pelo conceito de saúde como qualidade de vida, onde está incluída a alimentação e nutrição adequadas, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, educação, estilo de vida, cuidados à saúde, apoio social, familiar e individual. Neste grupo, as atividades de promoção são voltadas para o coletivo, o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, com políticas públicas e de favorecimento à saúde e de reforço (*empowerment*) às capacidades dos indivíduos e da comunidade (BUSS, 2000).

Empowerment, segundo Carvalho (2004), é um conceito complexo com raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista, e na ideologia da ‘ação social’. Ele foi influenciado nos anos 70 pelos movimentos de auto-ajuda, nos 80 pela psicologia comunitária, e nos anos 90 pelos movimentos de afirmação do direito à cidadania em campos como da prática médica e da educação em saúde.

Carvalho (2004) destaca que o ‘*empowerment* comunitário’ trabalha com o poder como recurso distribuído de forma desigual na sociedade e que pode levar à sua redistribuição, com conseqüente resistência daqueles que o perdem. Isto implicaria no envolvimento de dimensões macro e microsociais, além do apoio a pessoas e comunidades na tomada de decisões, no desenvolvimento de consciência crítica, e na capacidade de intervenção na própria realidade. Neste enfoque, distancia-se das relações de condicionamento e da representação dos marginalizados em situação de dependência que necessitam de ajuda, socialização e treinamento. O autor ressalta ainda que este conceito pode subsidiar ações que visem a superação da desigualdade de poder na relação profissional-usuário nos serviços de saúde, substituindo a relação hierárquica por uma relação de parceria (CARVALHO, 2004).

Na base da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) estão os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. A Universalidade representa o atendimento à população, em caráter universal, sem restrições; a Equidade implica que todos teriam acesso às mesmas condições em todo o Território Nacional e a Integralidade representa o acesso à saúde em uma concepção integral, articulando ações coletivas e individuais, envolvendo as dimensões biológicas, psicológicas, sócio-econômicas e culturais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006, apresenta as diretrizes e aponta as estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre estas, destaca-se a promoção da saúde como fundamental na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida, o estímulo à intersetorialidade, o fortalecimento da participação social visando o empoderamento individual e comunitário, a gestão horizontalizada, o incentivo à pesquisa em avaliação e divulgação de experiências utilizando metodologias participativas e envolvendo o saber popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Assim, entendemos que, no empoderamento comunitário, as práticas educativas desempenham papel importante, uma vez que elas traduzem as relações de poder e de dominação, pois toda abordagem passa pela concepção de homem e de sociedade que se deseja. Desta forma as estratégias usadas nas práticas educativas podem contribuir para a manutenção do *status quo* ou de transformação. Mas se queremos o empoderamento individual e comunitário no contexto da alimentação saudável, as práticas educativas devem estar sustentadas por uma pedagogia que tenha o diálogo como eixo central.

2.3 Aconselhamento

De acordo com a Organização Mundial de Saúde /OMS (2003), a importância da alimentação adequada para o crescimento e desenvolvimento das crianças é um consenso na sociedade de uma forma geral. O aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de idade, confere benefícios importantes para a mãe e a criança protegendo-a contra algumas das principais causas da mortalidade infantil. A introdução da alimentação complementar de forma adequada, oportuna e segura, aos seis meses de idade, é também essencial para uma alimentação adequada. A OMS, em monitoração global, observou que apenas 39% das crianças são amamentadas exclusivamente aos quatro meses de idade e que a alimentação complementar oportuna, em 2002, apresentou taxa de 60%.

Assim, observou-se que as mães precisam de apoio para iniciar e sustentar ótimas práticas de amamentação e de alimentação complementar na família, na comunidade, no local de trabalho e no sistema de saúde. Na última década, a iniciativa Hospital Amigo da Criança foi uma estratégia usada para melhorar a qualidade do cuidado com a alimentação em serviços de maternidade. Esta iniciativa resultou em aumento da prevalência do aleitamento materno

em vários países. Porém, esta estratégia por si só não é suficiente para apoiar uma mãe a iniciar amamentação. Ela precisa ter condições de retornar para um ambiente conducente, sustentando práticas de alimentação apropriadas e ter acesso ao apoio qualificado quando necessitar (WHO, 2003).

Frente a esta demanda, fica evidente a necessidade de capacitar os trabalhadores de saúde que atuam junto às mulheres gestantes e após o parto no desenvolvimento de habilidades que permitam apoiar e proteger a amamentação. Assim, foi criado o Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno, desenhado para que os profissionais com pouca experiência no ensino do tema pudessem conduzir práticas educativas mais efetivas.

O curso de Aconselhamento em Amamentação foi idealizado e implantado pelo UNICEF em parceria com a Organização Mundial da Saúde – OMS e é fundamentado em teorias da psicanálise e da comunicação, áreas que incutem novos olhares para as relações em saúde. Na sua introdução, a tradutora chama a atenção para o construto “*counselling*”, que é novo e uma palavra difícil de ser traduzida para a língua portuguesa, quando ressalta que a palavra “aconselhar” foi escolhida para a tradução, embora não traduza o real significado do construto a que se refere. Assim, ao dar um conselho, as pessoas tendem a imprimir visões e opiniões pessoais a respeito da situação, enquanto “*counselling*” teria uma conotação diferente, significando ajudar a pessoa a decidir o que for melhor para ela, considerando os seus limites e suas possibilidades acerca do tema (OMS/UNICEF, 1997).

Este curso foi introduzido no Brasil, em 1994 e tem algumas habilidades como eixos estruturantes. Dentre as quais destacamos a habilidade de escuta, cujo desenvolvimento passa pela internalização de princípios que envolvem amorosidade e delicadeza. Assim, o curso tem o objetivo de instrumentalizar o profissional para escutar a mãe, perceber seus sentimentos e ajudá-la a sentir mais confiança em si e em sua capacidade de amamentar e cuidar de seu filho, apoiando-a em suas inseguranças, no manejo da lactação e em eventuais dificuldades.

O curso possui trinta e três seções que envolvem temas relativos à amamentação e às habilidades necessárias para o aconselhamento. A primeira habilidade trabalhada no curso é a de ouvir e aprender, ou seja, o uso de comunicação não-verbal útil como a postura, o contato visual, a remoção de barreiras entre os interlocutores, o prestar atenção, a dedicação de tempo para a escuta e contato físico apropriado. As demais habilidades estão relacionadas à

capacidade de formular questões abertas e à devolução dos comentários da usuária, à demonstração de empatia, de entendimento de como ela se sente e a habilidade de evitar palavras que expressem juízo de valor.

As habilidades para desenvolver confiança e dar apoio visam a construção de vínculos. São habilidades de aceitação do que uma mãe pensa ou sente, o reconhecimento e elogio ao que ela e o bebê fazem de positivo, de oferecer ajuda prática nas questões que a estão incomodando, de oferecer informação relevante, pertinente e de acordo com o momento, o uso de linguagem que a usuária entenda e oferecer sugestões no lugar de ordens (WHO, 1993).

De acordo com o Ministério da Saúde, o aconselhamento implica em processo de escuta ativa e centrada no usuário que pressuponha capacidade de estabelecer relação de confiança entre os interlocutores, no sentido de resgatar recursos internos do indivíduo para que possa se reconhecer como sujeito de sua própria saúde e transformação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Ou seja, o Unicef e Ministério da Saúde propõem o aconselhamento centrado no usuário, na escuta qualificada, no estabelecimento de vínculo fundamentado na confiança.

Muitos estudos têm analisado o aconselhamento em amamentação, com destaque à revisão bibliográfica realizada por Albernaz e César G. Victora (2003), nas bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Library. Neste trabalho, os autores procuraram identificar as publicações entre 1990 e 2001 que relacionavam o aconselhamento e a duração do aleitamento materno exclusivo. Os autores identificaram 19 estudos e concluíram que, a despeito das falhas metodológicas de alguns trabalhos incluídos na revisão, a maioria indicou que o aconselhamento tem efeito positivo como intervenção, promovendo o aumento do aleitamento exclusivo.

Outras pesquisas avaliaram o impacto do curso de aconselhamento no aumento da prevalência da amamentação e na construção do conhecimento pelas usuárias, dentre elas o documento *Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries* da Organização Mundial de Saúde (2003). O documento se baseia em uma revisão da literatura e análise de projetos que avaliam o impacto de intervenções, os mecanismos pelos quais podem ser mudados comportamentos e os fatores que são necessários à maximização e sustentação dos benefícios de intervenções.

Este documento indica que os achados confirmam as expectativas de que as comunidades podem fazer diferença na melhoria da alimentação das crianças, em especial quando os membros da comunidade participam das intervenções e, que o apoio de especialistas, contribui moldando o conteúdo e a forma da comunicação à cultura local. Ele ressalta ainda que estratégias de comunicação devem se dirigir não só ao âmbito individual para mudanças comportamentais da mãe, mas também ao entorno considerando as convicções dos atores que a influenciam em todos os níveis, como os profissionais de saúde, familiares e comunidade. No passado o enfoque das comunicações em saúde era basicamente no conteúdo, elas promoveram mudanças nas práticas de amamentação. Já as experiências envolvendo conselheiras comunitárias mostraram ser efetivas no aumento da amamentação exclusiva, como o da *La Leche League Internacional*, que têm trabalhado com conselheiras comunitárias desde 1987 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Outra pesquisa que merece destaque é a de Bhandari e colaboradores (2005), a qual comparou comunidades rurais da Índia e constatou que a intervenção através do aconselhamento teve impacto positivo e significativo. Nele foi observado que, nos primeiros três meses após o parto, 33% das mães do grupo de intervenção, recordou ter sido aconselhada para o aleitamento exclusivo imediatamente após o parto, 45% recordou terem sido aconselhadas em uma sessão de imunização, e 32% em visita domiciliar. As taxas correspondentes de amamentação exclusiva nas 24 horas prévias entre crianças de três meses de idade nas comunidades de intervenção e controle foram 79% e 48% ($p < 0.001$).

O efeito positivo da intervenção em amamentação exclusiva foi analisado até os seis meses de idade das crianças, e o impacto do aconselhamento em alimentação complementar também foi avaliado. Os resultados do estudo indicaram que quantidade e frequências das refeições, proteína, energia e oferta de micro-nutrientes foram significativamente maiores entre crianças com nove e dezoito meses de idade das comunidades que tiveram a intervenção. Além disso, nas crianças com nove meses de idade, 35% de mães do grupo de intervenção, e 8% do grupo controle, informou encorajar seus filhos a comerem mais (BHANDARI ET AL, 2005).

Este estudo foi referência na justificativa para a implementação do aconselhamento em amamentação e alimentação complementar nos serviços de saúde infantis da Índia. Os autores ressaltam que o aconselhamento nutricional é de alta prioridade para acelerar o declínio das taxas de subnutrição (BHANDARI ET AL, 2005).

Neste contexto, foi realizado um estudo na Suécia, envolvendo seus dez maiores municípios, o qual comparou dois grupos pareados de mulheres a partir de vinte e cinco semanas de gestação (n=540) selecionadas randomicamente. No grupo denominado de intervenção, as mulheres foram acompanhadas em um serviço de saúde que realizou programa de capacitação para os profissionais de saúde em aconselhamento em amamentação e com continuidade após o parto. No grupo controle, as mulheres foram acompanhadas segundo a rotina padrão (EKSTRÖM; WIDSTRÖM; NISSEN, 2006).

O estudo do tipo longitudinal envolveu três questionários com questões relativas às relações e sentimentos da mãe em relação a seus filhos, os quais foram aplicados às mulheres com três dias, três meses e nove meses após o parto. Vale frisar que cada questionário foi aplicado uma única vez e no tempo depois do parto a ele destinado. As autoras concluíram que um programa orientado por treinamentos envolvendo enfermeiras que atuam em atenção pré-natal e com continuidade após o nascimento contribuiu para o fortalecimento das relações entre a mãe e a criança (EKSTRÖM; WIDSTRÖM; NISSEN, 2006).

Segundo Bhandari e colaboradores (2004), as práticas de alimentação complementar são frequentemente inadequadas em especial em países em desenvolvimento, levando a um progressivo declínio nutricional entre seis e dezoito meses de idade. Eles apontam, por exemplo, que 60% das crianças no sul da Ásia são mal nutridas. Assim, os autores realizaram um estudo em oito comunidades no estado de Haryana, na Índia, um dos maiores produtores de leite do país e com baixa taxa de escolaridade. O estudo analisou as práticas alimentares quanto à frequência, quantidade, a forma de oferecimento, tipo de alimentos, higiene, entre outras informações.

A rotina de diferentes profissionais foi observada para estabelecer o aconselhamento nutricional. Além disso, o estudo foi baseado em dois grupos pareados, cujos participantes foram selecionados randomicamente. No grupo controle (n= 473), as mães receberam informação de rotina; no grupo de intervenção (n= 552), os profissionais foram capacitados para aconselhamento nutricional que incluía técnicas de comunicação e negociação com a mãe na solução de eventuais problemas, além das orientações técnicas. Além do aconselhamento individual, foi inserido também o aconselhamento em grupos de mulheres, nos quais as usuárias eram orientadas quanto à consistência do alimento, à forma de preparo, às porções e ao encorajamento da criança em comer (BHANDARI ET AL, 2004).

O estudo encontrou maior ingestão de alimentos e maior frequência de refeições no grupo de intervenção quando as crianças tinham nove e dezoito meses, tendo a diferença para com o grupo controle sido significativa ($p < 0,001$). Aos nove meses, 34,8% das mães do grupo de intervenção e 7,7% das do grupo controle relataram encorajar seus filhos para comer. Por fim, o percentual de mulheres que referiram lavar suas mãos antes de alimentar seus filhos foi de 94,5% no grupo de intervenção, contra 59,9% no grupo controle (BHANDARI ET AL, 2004).

No Brasil, foi realizado em Pelotas, um estudo randomizado, controlado, com objetivo de avaliar o impacto do aconselhamento nutricional na estratégia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (OMS /UNICEF), sobre o crescimento infantil. No grupo de intervenção os médicos receberam capacitação em aconselhamento nutricional. Foi concluído que os médicos do grupo de intervenção tinham mais conhecimento sobre nutrição infantil, tendo eles melhorado seu desempenho na avaliação da alimentação e no aconselhamento nutricional. A satisfação com a consulta, a referência do uso dos alimentos recomendados e o aporte diário de lipídeos, calorias e zinco foi maior no grupo de intervenção. Quanto ao crescimento, na faixa etária de 12 meses ou mais, as crianças apresentaram ganhos significativos de peso. Os autores concluíram que a capacitação em aconselhamento nutricional melhorou o desempenho dos médicos, as práticas maternas, o aspecto da dieta e o crescimento das crianças (SANTOS ET AL, 2002).

Os resultados destes estudos colocam em evidência que a alimentação da criança deve ser vista como estratégia para a saúde ao longo da vida, devendo envolver as famílias, a comunidade, o setor saúde e outras esferas governamentais. Esta estratégia tem como papel encorajar a construção de um ambiente ótimo para o crescimento e desenvolvimento da criança. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de ações no sentido de propiciar comunicação adequada e treinamento de profissionais de saúde para aconselhar e apoiar as mães. O desenvolvimento destas ações implica no envolvimento ativo dos grupos de mulheres da comunidade e liderança intersetorial. Envolve ainda, pesquisas formativas no sentido de adequar as mensagens ao contexto local, a avaliação de programas, além de estratégias de apoio a situações especiais como a volta ao trabalho, a prevalência de HIV e situações de emergência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Neste sentido, o aconselhamento pressupõe uma relação dialógica com práticas educativas que permitam a participação ativa dos sujeitos na construção do conhecimento e transformação da realidade.

2.4 Relação Dialógica: Teoria de Paulo Freire

A participação ativa dos sujeitos na tomada de decisões e o desenvolvimento de consciência crítica e capacidade de intervenção, na realidade, passa por uma relação mediada pelo diálogo. Desta forma, ao assumirmos o aconselhamento como uma prática educativa fundada em uma relação dialógica, buscamos o aporte da teoria de Paulo Freire para estabelecer este diálogo.

As relações nas práticas educativas, seja na escola ou nos espaços dos serviços de saúde, entre outros, apresentam as características de base em que um sujeito narra e os objetos ouvem.

Nela o educador aparece como seu indiscutível agente, como seu real sujeito, cuja tarefa é "encher" os educandos dos conteúdos de sua narração. Conteúdos que são retalhos da realidade, desconectados da totalidade em que se engendram e em cuja visão ganharia significação (FREIRE, 1987, p. 57).

Paulo Freire (1987), no livro *Pedagogia do Oprimido*, ao analisar a relação entre opressor e oprimido, aponta uma contradição, em um primeiro momento os oprimidos tendem a ser opressores ou subopressores, uma vez que este papel seria o seu ideal, sua referência, pois estão imersos na realidade opressora, se identificam com a opressão e não visam a libertação. Segundo o autor a prescrição é um dos elementos básicos na mediação entre opressor e oprimido, uma vez que esta representa uma imposição da opção de um sobre o outro. Ele ressalta o sentido alienador das prescrições que transformam a consciência recebedora em "hospedeira" da consciência opressora. Por isso o comportamento dos oprimidos seria um comportamento prescrito, com base em pautas dos opressores e, portanto estranhas a eles.

Neste contexto, os oprimidos encontram-se adaptados e acomodados, temendo a liberdade. Haveria uma confusão oprimido-opressor, o que levaria a uma situação ambígua entre seguir prescrições, ser expectador, ter a ilusão de atuar no lugar do opressor, e ter opções, ser ator, poder criar e transformar. Neste sentido, a realidade opressora é

funcionalmente domesticadora, e a superação da relação opressor-oprimido se dá na práxis, exigindo a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, que então se torna mais concreta e passível de transformação. Assim, a ação não seria apenas um fazer, pois a reflexão estaria ligada à ação no sentido de transformação da realidade, e não dos oprimidos como objetos de domesticação. A pedagogia do oprimido possui, assim, dois momentos: o primeiro quando os oprimidos, percebendo a opressão, se envolvem na práxis com sua transformação; o segundo quando ocorre a transformação da realidade opressora. Neste sentido, o que importa é a superação da contradição em que se acha, para a formação do homem novo, que deixa de ser opressor ou oprimido (FREIRE, 1987).

Segundo o autor, na visão ‘bancária’ da educação o ‘saber’ seria uma doação dos que ‘sabem’ aos que ‘nada sabem’. Esta doação seria um instrumento da opressão para a perpetuação da ignorância, que se encontra sempre no outro. Assim, quanto mais os educandos se adaptam à situação de arquivamento, menos desenvolverão a consciência crítica necessária para a sua inserção no mundo como sujeito.

[...] A educação bancária mantém e ainda reforça as contradições através das práticas e das atitudes seguintes, que refletem a sociedade opressora em seu conjunto:

- a) o educador é o que educa; os educandos são educados;
- b) o educador é o que sabe, os educandos nada sabem;
- c) o educador é o que pensa; os educandos, os pensados;
- d) o educador é o que diz a palavra; os educandos os que escutam docilmente;
- e) o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados;
- f) o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos, os que seguem a prescrição;
- g) o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de atuar, na atuação do educador;
- h) o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos jamais ouvidos nesta escolha se acomodam a ele;
- i) o educador identifica a autoridade do saber com sua própria autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele;
- j) o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos (FREIRE, 1987, p. 59).

No contexto das práticas educativas em saúde, o profissional pode assumir o papel de prescritor e detentor dos conhecimentos e a usuárió o de receptor de informações, muitas vezes desconectadas de sua realidade. A educação bancária anula ou reduz a capacidade criativa dos educandos, estimula sua ingenuidade e satisfaz aos interesses dos opressores, para quem não interessa a transformação do mundo e sim a manutenção da situação da qual se beneficiam. Neste sentido, a educação assume o papel de instrumento de dominação a fim de

manter a ingenuidade dos educandos e sua acomodação à situação de oprimidos. Esta condição não é com frequência percebida pelos educadores envolvidos nas práticas educativas.

Ao propor a educação libertadora ou problematizadora, Freire coloca o diálogo como a superação da contradição entre o educador e o educando em ambas as direções, quando o educador educa e é educado no diálogo com o educando, e assim se educam mediados pela reflexão crítica de ambos. Enquanto na educação ‘bancária’ o educador vai ‘enchendo’ os educandos de conteúdos impostos, na prática problematizadora, os educandos desenvolvem o poder de captação e compreensão do mundo, percebendo relações com ele em uma realidade não mais estática, mas em transformação. Freire destaca que a concepção e a prática ‘bancária’ não reconhecem os homens como seres históricos, enquanto a problematizadora utiliza o caráter histórico e a historicidade dos homens como ponto de partida (FREIRE, 1987).

Nesta perspectiva, podemos dizer que o profissional de saúde, nas práticas educativas em apresenta uma palestra sobre temas que ele acha relevante para aquele grupo de usuários, estaria exercitando o que Paulo Freire denomina de educação bancária. Desta forma, enquanto a pedagogia da transmissão inibe o poder criador dos educandos, mantendo a imersão, a problematizadora, através da reflexão, busca a emersão das consciências, que leva à inserção crítica na realidade.

Na educação problematizadora, educadores e educandos se fazem sujeitos do processo e, ao superar o intelectualismo alienante e o autoritarismo da transmissão, superam também a falsa consciência do mundo. O mundo se torna o mediador dos sujeitos em educação, a incidência da ação transformadora dos homens para sua humanização. Assim ao problematizar os educandos são desafiados e ao responder ao desafio, captam os problemas conectados aos outros e na sua totalidade, resultando em uma compreensão cada vez mais crítica do mundo. Além disso, eles se identificam com o movimento em que se acham inscritos como seres inconclusos e históricos.

Nas sucessivas aproximações da realidade novos desafios são colocados, assim como o maior aprofundamento da reflexão crítica e maior engajamento e inserção na realidade quando o fatalismo cede lugar à transformação e a posição de homens como sujeitos. Assim no contato com a realidade as pessoas são desafiadas a encontrar respostas e,

para fazê-lo, necessitam conhecer a realidade, refletir sobre ela, sendo que, a cada resposta novos desafios surgirão, o que leva a uma nova reflexão, e assim sucessivamente, o que torna o aprendizado significativo.

O diálogo é a essência da educação, que é constituída na ação e reflexão, na práxis.

Assim, não pode reduzir-se a um ato em que um deposita idéias no outro, e sim em um ato de criação, não de um sujeito que conquista o outro, mas de conquista do mundo. Reflexão e ação transformadora da realidade é fonte de conhecimento reflexivo e criação. Através de sua permanente ação transformadora da realidade os homens criam a história e se fazem seres históricos e sociais (FREIRE, 1987, p. 92).

Segundo o autor, as bases para o diálogo são o amor, a humildade e a fé nos homens. O diálogo não se dá na relação de dominação, na imposição de idéias, na manipulação e na negação à contribuição do outro. No diálogo se estabelece a confiança entre sujeitos e a esperança do poder fazer, do transformar. O diálogo necessita de um pensar crítico, que percebe a realidade em processo, sua temporalidade, sua permanente transformação.

Na perspectiva da educação bancária, o importante é o programa organizado de acordo com a visão de mundo do outro e a prescrição dos conteúdos descolada da realidade dos envolvidos. Na educação dialógica o conteúdo da prática educativa é uma devolução organizada e sistematizada dos elementos da própria realidade que era inicialmente desestruturada. Nela, a ação seria sobre a realidade a ser transformada com os homens, enquanto que na educação bancária a atuação visa a doutrinação e adaptação à realidade. Freire destaca que o conteúdo programático de qualquer atividade educativa pertence tanto ao educador quanto ao educando, uma vez que é originado na realidade e na consciência que se tem dela, visando uma educação libertadora. Este momento é, na teoria dialógica de Freire, a busca pelo universo temático do povo ou o conjunto de temas geradores (FREIRE, 1987).

Segundo o autor, o homem como um ser histórico, vive uma relação dialética entre os condicionamentos e sua liberdade, sendo que para o enfrentamento da realidade se esbarram nas ‘situações limites’, que são obstáculos à sua superação. “As ações para a superação ou negação das mesmas, foram denominadas por Álvaro Vieira Pinto como ‘atos limites’” (FREIRE, p.90, 1987).

A percepção que se tem das ‘situações limites’ em dado momento pode ser de freio ou de desafio para superação e transformação da realidade concreta. Uma vez superadas novas situações surgirão provocando outros ‘atos limites’, que implicam em novas posturas decisórias e assim sucessivamente. Freire ressalta que a partir do momento em que os oprimidos percebem as ‘situações limites’ como uma fronteira passível de ser transposta, tornam-se cada vez mais críticos em sua ação, com a percepção de viabilidade para onde se dirigirá a sua ação (FREIRE, 1987).

Neste sentido propor aos usuários dimensões significativas de sua realidade possibilitará, a partir de sua análise crítica, o reconhecimento da interação entre as partes e sua percepção como dimensões da totalidade. Deste modo, a análise crítica permite os usuários assumirem uma nova postura diante das ‘situações limites’ de forma que a captação e a compreensão da realidade se refaçam, perdendo a dimensão opressora.

Na análise de uma situação existencial concreta, codificada, com a representação de alguns de seus elementos constitutivos em interação, depreende-se o movimento entre o concreto e o abstrato. A decodificação, pela análise crítica da situação em questão, parte do abstrato para o concreto, o que implica ir das partes ao todo e vice-versa levando ao reconhecimento do sujeito no objeto e do objeto com a situação na qual o sujeito está inserido.

Este movimento de ida e volta do abstrato ao concreto, que se dá a análise de uma situação codificada, se bem feita à decodificação, conduz à superação da abstração com a percepção crítica do concreto, já agora não mais realidade espessa e pouco vislumbrada (FREIRE, 1987, p. 97).

Os temas dependem da percepção dos usuários de sua realidade que poderá variar dependendo do espaço e do momento histórico. A inexistência de temas pode ser uma resposta a forças esmagadoras das situações limites e na adaptação surge o tema do silêncio. O tema gerador não se encontra nos usuários ou na realidade, mas nas suas relações entre si e com o mundo. A investigação do tema gerador implica na investigação do pensamento e das ações dos usuários acerca da sua realidade e da sua práxis. “Quanto mais assumam os homens uma postura ativa na investigação de sua temática, tanto mais aprofundam a sua tomada de consciência em torno da realidade e, explicitando sua temática significativa, se apropriam dela” (FREIRE, 1987, p. 99).

Os temas dependem da percepção dos usuários de sua realidade que poderá variar dependendo do espaço e do momento histórico. Assim cabe ao investigador identificar o

ponto de partida e verificar se no processo houve transformação da percepção da própria realidade. A investigação da temática é um processo de busca e de criação, que leva à interpenetração dos problemas no encadeamento dos temas significativos. A reflexão sobre a situação, o pensar crítico sobre a condição da existência do problema leva os usuários a emergirem da situação em que estavam para se inserirem na realidade que se revela na conscientização da situação (FREIRE, 1987).

Neste sentido, ao problematizar a introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança, a reflexão da condição atual da alimentação desenvolvida com o grupo de usuárias faz com que as dificuldades, anseios e experiências sejam compartilhados na busca por uma solução de problemas comuns. Podemos dizer que a abordagem educativa tem como base uma relação dialógica, onde a participação dos profissionais é de mediação da relação, contribuindo com o saber científico pertinente.

Em contraponto à relação dialógica que pressupõe o envolvimento dos sujeitos em um movimento de ação/reflexão/ação, Freire (1987), destaca a teoria da ação antidialógica e aponta como princípios dela: a conquista, a divisão como forma de manter a opressão, a manipulação e a invasão cultural. Na perspectiva do autor a invasão cultural desrespeita as potencialidades do homem a que condiciona, penetram o contexto cultural dos invadidos, e impõe a sua visão de mundo freando a criatividade e reduzindo a originalidade da cultura. Os invadidos passam a ver a realidade sob a ótica do invasor, a assimilar os seus valores e costumes.

A invasão cultural nem sempre é deliberada, considerando que as instituições formadoras veiculam seus mitos e orientam suas ações influenciadas por suas condições estruturais. Assim, na família ou na escola, as condições autoritárias e dominadoras são assimiladas pelos profissionais. Neste sentido, os profissionais de saúde, muitas vezes, tendem a reproduzir a pedagogia da transmissão nas práticas educativas dos serviços de saúde, levando em conta a sua percepção do usuário como incapaz e inculto e, portanto não consideram a participação dos usuários na escolha do conteúdo da atividade educativa (FREIRE, 1987).

Às vezes, os profissionais de saúde se sentem frustrados ao perceberem que aqueles ensinamentos transmitidos durante tanto tempo não foram assimilados pelas usuárias, que continuam a não ‘cuidar’ de sua saúde e a adoecer por causas evitáveis. Em função disso,

muitos profissionais se fecham em sua rotina e acham que não adianta realizar as práticas educativas, que estas representam perda de tempo e recursos públicos. Estas atitudes se refletem e são reforçadas pela gestão, que avalia a ‘produtividade’ dos profissionais em função de atendimentos individuais, em especial no Programa de Saúde da Família.

Aqueles que utilizam a invasão não por ideologia e percebem que certos fracassos se devem à violência da invasão passam pela difícil decisão de renunciar à ação invasora, o que implica a superação da dualidade em ser dominador e dominado para vivenciar a ação dialógica. Neste contexto, pode ocorrer o medo da liberdade, uma vez que o contexto cultural do condicionamento ao êxito e sucesso pessoal, ao reconhecer-se em situação desfavorável pode representar um freio para a possibilidade do sujeito. A invasão cultural utiliza a visão focal da realidade, sua percepção estática e a imposição de uma visão de mundo sobre a outra para a conquista e manutenção da opressão. Contrapondo-se às características da ação antidialógica, Freire destaca a colaboração, a união, a organização e a síntese cultural como elementos fundamentais da ação dialógica. A colaboração se baseia no diálogo entre sujeitos, que podem ter diferentes níveis de função e responsabilidades, mediados pela realidade que os desafia por meio de sua ação a transformá-la (FREIRE, 1987).

Na perspectiva dialógica, fundada na colaboração, união, organização e síntese cultural, a investigação de temas geradores tem o objetivo de captar os temas básicos e é ponto de partida para organizar o conteúdo programático de qualquer atividade, enquanto na invasão cultural o conteúdo é retirado do marco valorativo e ideológico e da visão de mundo do invasor. Neste contexto, a síntese cultural faz da realidade objeto de sua análise crítica, por meio da ação. As pautas são criadas pelos educadores e educandos, permitindo a construção de um saber e ação novos, que são de ambos. Assim o saber do educador se refaz no saber empírico do educando, que ganha mais sentido (FREIRE, 1987).

No livro *Pedagogia da Esperança*, Freire (1982) coloca que a prática educativa envolve as relações entre educando, educador, conteúdo programático, métodos, técnicas com tensão permanente entre prática e teoria, e entre liberdade e autoridade. Neste sentido, cabe ao educador ou educadora, ao propor sua leitura do mundo, salientar a existência de outras que podem ser diferentes e às vezes antagônicas à apresentada.

Segundo Vasconcelos (2001), grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é aplicável à educação em saúde, e a metodologia de Freire, se aplicada às

práticas educativas dos serviços de saúde, seria uma sólida base para conseguir avançar com a transformação dos envolvidos.

Neste sentido questiona-se em que bases são realizadas as práticas educativas nos serviços de saúde?

2.5 Práticas educativas

Ao pensarmos as práticas educativas, não podemos deixar de fazer uma reflexão histórica. Segundo Foucault (1979), com o crescimento demográfico no leste europeu durante o século XVIII surge a necessidade de coordenação e controle da população, que passa a ser pensada por variáveis como longevidade e saúde, como objeto teórico, de vigilância e intervenção. Surge então o projeto de tecnologia da população como as estimativas demográficas, a pirâmide populacional, dentre outros.

O autor ressalta ainda algumas características da nosopolítica do séc. XVIII como o privilégio da infância e a medicalização da família, e a higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social. Neste contexto, são codificadas as regras das relações entre pais, filhos e a saúde, em especial das crianças, a qual se torna um dos objetivos essenciais da família. A família, nesta perspectiva, se torna agente da medicalização. Assim, a política médica tem reflexo na organização da família como instância de medicalização dos indivíduos e a higiene como o regime de saúde da população, pressupondo a intervenção das autoridades do Estado e medidas de controle. Neste enfoque, os médicos ensinam aos indivíduos as regras de higiene e da alimentação, do habitat que os indivíduos devem respeitar (FOUCAULT, 1979).

Este resgate histórico nos remete a outro questionamento. Será que ainda hoje nos serviços de saúde são reproduzidas algumas das características da nosopolítica do séc. XVIII?

A prática educativa de uma forma geral envolve atividades fundadas em regras e princípios educativos. Educação, segundo o dicionário Michaelis, é o ato ou efeito de educar; o aperfeiçoamento das faculdades físicas, intelectuais e morais do ser humano; é o processo pelo qual uma função se desenvolve pelo próprio exercício (MICHAELIS, 2000).

As práticas educativas, no contexto dos serviços de saúde, envolvendo os profissionais e os usuários representam importante estratégia na promoção da saúde em todos

os níveis de prevenção e atenção. São espaços de construção de conhecimento que visam o desenvolvimento humano e a transformação da realidade. Neste sentido, ao pensarmos as práticas educativas, temos que refletir sobre a educação e as tendências pedagógicas que dão sustentação a essas práticas.

Álvaro Vieira Pinto (1982), assume a educação como um processo histórico, relacionado à fase em que se encontra a comunidade, devendo ser interpretada na lógica dialética. Ele destaca que a educação é um processo que faz parte da constituição de ser humano que, como ser inacabado se constitui ao longo de sua existência. O autor também considera a educação como fato social, com a incorporação do indivíduo ao estado existente e ao progresso com a necessidade de ruptura para a criação do novo, em um outro grau de consciência de si e do mundo e como fenômeno cultural, sejam pelos conhecimentos, valores, crenças e experiências ou pelos métodos utilizados nas práticas educativas. Ele ressalta ainda o caráter intencional da educação que, na sua forma elementar e ingênua, visa a transformação de não homem em homem e na forma superior, crítica, no diálogo entre homens em direção ao ser mais.

Desde os primórdios da organização social hierarquizada, grande parte da população sofreu o processo de exclusão do saber significativo, que passou a ser propriedade e segredo do segmento dominante, como a arte militar na Esparta e a oratória em Atenas e Roma. No processo de democratização do saber, torna-se possível a elevação do patamar cultural, o desenvolvimento de capacidades, a formação de convicções e desenvolvimento do ser humano nas dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras e do modo de viver (LUKESI, 2001).

Libâneo (1990), utilizando como critério a posição relativa aos condicionantes sociopolíticos, classifica as tendências pedagógicas em liberais (tradicional, renovada progressista, renovada não diretiva e tecnicista) e progressistas (libertadora; libertária e crítico-social dos conteúdos). Segundo o autor, a doutrina liberal se fundamenta na função da escola de preparar os indivíduos para seu papel na sociedade, que devem adaptar-se a suas regras. Já a progressista parte da análise crítica das realidades sociais com finalidades sociopolíticas da educação.

A pedagogia liberal tradicional tem como característica a concepção do homem como ser racional, e possui o objetivo de prepará-lo para o desempenho de papéis na

sociedade, assumindo o compromisso com a cultura e não com o social. As práticas estão centradas na transmissão do saber, no professor como único responsável pelo processo educativo, e partem do princípio da neutralidade do professor e do conhecimento. Assim, os conhecimentos e valores sociais acumulados são repassados como verdades, ou seja, os conteúdos determinados pela sociedade sem considerar a experiência anterior do aluno e a sua realidade social. A forma utilizada para a transmissão é a exposição oral, exercícios de repetição e memorização, além de valorizar a autoridade do professor e a disciplina para o aprendizado. Assim, os programas são desenvolvidos em progressão lógica na ótica do adulto, a aprendizagem é mecânica, receptiva, coercitiva e dependente de treino e reforços. (LIBÂNEO, 1990).

Segundo Bordenave (2005), há uma valorização dos conteúdos na tendência liberal tradicional, seja através do professor, dos livros ou de outras formas. O autor também aponta algumas conseqüências desta abordagem, como a posição do aluno como receptor passivo, memorizador, acrítico, com pouca originalidade e criatividade, com preferência por especulações teóricas, desinteressado pela realidade, e com excessivo respeito às autoridades. Ele destaca ainda as conseqüências socioculturais dessa tendência pedagógica, como a imitação de países mais desenvolvidos, o individualismo, a falta de cooperação, as soluções pouco realistas, a falta de participação popular e a manutenção da estrutura social.

Já na pedagogia liberal renovada progressiva, o objetivo é adequar as necessidades individuais ao meio social por um processo ativo de construção e reconstrução do objeto, interação entre estruturas cognitivas do indivíduo e do ambiente. A definição dos conteúdos se dá em função das experiências frente a desafios cognitivos e situações problemas. É um 'aprender a aprender' com maior ênfase no processo de aprendizagem do que no saber em si. Ele valoriza o aprendizado decorrente da experiência prática, das pesquisas, do trabalho em grupo, do estudo do meio natural, social e da solução de problemas. As atividades são adequadas ao estudante e as etapas de seu desenvolvimento. O papel do professor é auxiliar no processo de ensino e aprendizagem por meio de relacionamento positivo com o estudante. A disciplina provém da tomada de consciência grupal (solidariedade, respeito). O processo de aprendizagem se baseia na auto-aprendizagem que envolve as disposições internas e interesse do aluno e um ambiente estimulante, tendo como força a situação problema. A avaliação é fluida e os esforços e êxitos são reconhecidos imediatamente pelo professor (LIBÂNEO, 1990).

A pedagogia liberal renovada não diretiva tem como meta a formação de atitudes, com maior ênfase nos problemas psicológicos do que pedagógicos e sociais, em que o processo de relacionamento interpessoal é a condição para o desenvolvimento e realização pessoais, propiciando ambiente adequado. Os conteúdos são secundários ao desenvolvimento das relações e de comunicação e os processos de ensino devem facilitar os meios para a busca do conhecimento. O professor é facilitador do processo de aprendizagem cuja função seria de ajudar o aluno a se organizar e propiciar ambiente para a exposição dos sentimentos. A educação é centrada no aluno no sentido de formar sua personalidade por meio de vivências e experiências significativas no desenvolvimento de características inerentes à sua natureza. As intervenções do professor são vistas como ameaçadoras e inibidoras da aprendizagem. A motivação é assumida como um ato interno que aumenta com a percepção da capacidade do aluno em atingir suas metas, e aprende-se o que for significativo para as percepções do estudante (LIBÂNEO, 1990).

No que diz respeito à liberal pedagogia tecnicista, nela a escola tem a função de modeladora do comportamento humano, no sentido de formar indivíduos competentes para o mercado de trabalho através da organização do processo para a aquisição de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, em consonância com os fenômenos naturais cientificamente descobertos. Os conteúdos de ensino se baseiam em informações e princípios científicos estabelecidos e ordenados em seqüência lógica e psicológica por especialistas e, portanto decorrem da ciência objetiva com eliminação de qualquer subjetividade. Os materiais instrucionais são sistematizados em manuais, livros, módulos, entre outros. A tecnologia educacional utiliza os princípios científicos, comportamentais e tecnológicos e elabora objetivos educacionais que possam ser operacionalizados em comportamentos observáveis e mensuráveis, em procedimentos instrucionais e avaliação (LIBÂNEO, 1990).

As relações entre professor e aluno são estruturadas e objetivas nesta abordagem, com definição clara de papéis, em que o professor administra as condições de transmissão conforme o sistema instrucional eficiente e efetivo em termos de resultado de aprendizagem, como elo entre a verdade científica e o aluno. Esta tendência caracteriza-se pela objetividade, neutralidade e impessoalidade do professor. Na busca por neutralidade e impessoalidade, estudante e professor se fazem acrílicos, pois a preocupação exclusiva é a formação técnico-profissional. Aprender, nesta perspectiva seria uma questão de modificação de desempenho e o ensino um processo de condicionamento pelo reforço no sentido de controle do comportamento individual face aos objetivos preestabelecidos (LIBÂNEO, 1990).

Segundo Bordenave (2005), esta tendência possui os objetivos bem definidos, assim como todos os passos para atingi-los, e estabelece recompensas quando o estudante os alcança. O referido autor aponta algumas conseqüências desta pedagogia, como o estudante ativo, competitivo, acrítico, com pensamento linear, habituado a rotina, e a estimulação exógena, sem aprofundar a reflexão e sem se preocupar com a realidade. Como conseqüências socioculturais, o autor destaca o individualismo competitivo, a ênfase nos resultados, o pragmatismo desumanizado e a confusão entre educação e instrução.

Quanto à tendência progressiva libertadora, esta se caracteriza pela atuação não formal, em que educandos e educadores são mediados pela realidade com a qual apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem: tomam consciência da realidade para então atuarem no sentido da transformação social. Ela questiona a realidade das relações do homem com a natureza e com os outros homens, e por isso é considerada uma educação crítica. Ela ressalta ainda o caráter político da educação, tem como base o diálogo entre os sujeitos, e a forma do trabalho educativo é o ‘grupo de discussão’. Há uma relação horizontal nesta abordagem, onde educador e educando se posicionam como sujeitos no ato de conhecimento. Toda relação de autoridade é eliminada, o professor permanece vigilante para assegurar ao grupo um espaço humano, para se exprimir sem se neutralizar. A motivação ocorre na codificação de uma situação problema da realidade da qual toma distância para analisá-la criticamente. Aprender seria um ato de conhecimento da realidade concreta com aproximação crítica dessa realidade pelo processo de compreensão, reflexão e crítica (LIBÂNEO, 1990).

Na problematização, que faz parte desta tendência, parte-se da percepção da realidade e no processo de decodificação percebem-se as contradições, de forma que, após reflexões tem-se uma nova percepção da realidade, Assim, passa-se do concreto ao abstrato e retorna ao concreto para então transformá-lo (FREIRE, 1987).

Paulo Freire, em entrevista a Torres (1987), ao explicar a sua discordância do papel do professor como mero facilitador, afirma que:

Quando alguém, como educador, diz que é igual a seu educando, ou é mentiroso e demagógico, ou é incompetente. Porque o educador é diferente do educando pelo próprio fato de ser educador. Se ambos fossem iguais, um e outro não se reconheceriam mutuamente [...]. Não há dúvida que o educador tem que educar, este é o seu papel. (TORRES, 1987, p. 83).

Nesta direção, o autor assume a educação como ato de conhecimento que envolve educador e educando e não anula o papel do educador, sem o qual a educação seria auto-

educação. Destaca que sempre há dirigibilidade na educação, porém, na educação democrática esta dirigibilidade é limitada pela capacidade criadora do educando (TORRES, 1987).

Ao discutir a natureza diretiva da educação, o autor considera que o professor tem um plano, um objetivo para a atividade. Desta forma, esta natureza diretiva não está centrada no educador, mas na prática educativa. Contrapondo essa natureza, o educador dominador ao monopolizar os objetivos educacionais e o conteúdo da educação assume o poder diretivo dela, ao contrário do educador libertador, que não detém este controle. Nas palavras de Freire, “o educador libertador está com os alunos, em vez de fazer coisas para os alunos [...] damos alguma coisa para os alunos apenas quando intercambiamos alguma coisa com eles. Esta é relação dialética, em vez de uma relação manipuladora” (SHOR; FREIRE, 1986, p. 205).

Neste olhar, a problematização é central no processo de aprendizagem. Ela, segundo Bordenave (2005), possui etapas: a primeira envolve a observação da realidade com a apreensão de temas ou problemas relevantes; a segunda a identificação de pontos-chave e a reflexão sobre os fatores determinantes dos problemas estruturais e contextuais; na terceira a teorização que visa construção de um novo conhecimento sobre os problemas analisados e a busca de informações e teorização² destes problemas; a quarta etapa visa o levantamento de hipóteses de solução do problema, de forma crítica e criativa; e a quinta etapa implica no retorno da solução para a realidade, no sentido de encaminhar as hipóteses de solução, avaliando a viabilidade e o contexto educativo.

Estas etapas formam um arco que foi idealizado por Charles Maguerez e difundido por Díaz Bordenave, e outros (BERBEL, 2006).

Para Bordenave (2005), a problematização coloca o protagonismo no educando e utiliza a realidade como educadora, em uma seqüência que parte da visão global da realidade. Isto implica numa sincrese que passa pela análise dos componentes e estruturas do assunto e finaliza na síntese, e que neste trajeto, faz uso do pensamento indutivo, dedutivo, analógico e dialético. A problematização, no contexto da saúde, tem sido utilizada como uma prática educativa uma vez que resgata, da história de vida do sujeito, aspectos particulares e os determinantes sociais na busca do seu reconhecimento no coletivo, permitindo a ampliação da

² O termo teorização é assumido no sentido da construção de uma teoria do grupo para o tema ou assunto discutido e pelo exercício da inteligência abstrata e do pensar, não significando, portanto, o aprendizado de teorias prontas.

compreensão das práticas, de sua reflexão e estratégias, para mudanças no estilo e qualidade de vida (RODRIGUES, 2006).

Na tendência progressiva libertária, o enfoque do processo educativo é a transformação da personalidade do aluno no sentido libertário e auto-gestionário. Para tanto, ela introduz modificações institucionais em níveis subalternos para ‘contaminar’ progressivamente todo o sistema. Ela apresenta um sentido político em sua base ao considerar que o desenvolvimento individual se realiza exclusivamente no coletivo e pretende uma forma de resistência à burocracia como instrumento de dominação do estado. O que importa nesta tendência é o conhecimento resultante das experiências do grupo, da participação crítica com a descoberta de respostas às necessidades e exigências da vida social. Os alunos são responsáveis pelas atividades e organização do trabalho no interior da escola, exceto na elaboração de programas e exames que não dependem dos docentes ou dos alunos. Esta tendência procura transformar a relação professor-aluno no sentido da não diretividade. O professor é considerado orientador, catalisador, conselheiro, instrutor e monitor. Há recusa a qualquer forma de poder e autoridade e ênfase na aprendizagem informal, o crescimento através do grupo, que devolveria aos membros a satisfação de suas aspirações e necessidades. O critério da relevância do saber é o uso prático (LIBÂNEO, 1990).

Outra tendência pedagógica progressiva é a crítico-social dos conteúdos, na qual a escola tem papel importante na difusão dos conteúdos, que são vivos, concretos e indissociáveis da realidade social, além de garantir um ensino de qualidade a todos. Nesta tendência, os conteúdos universais, os domínios de conhecimento autônomo, incorporado pela humanidade são reavaliados em face às realidades sociais e devem ter ressonância na vida dos estudantes, no sentido da preparação para o mundo e suas contradições por meio de uma participação organizada e ativa na democratização da sociedade. Ela assume que o saber possui conteúdo objetivo e passível de reavaliação crítica. Os métodos favorecem a correspondência dos conteúdos com os interesses dos alunos para a compreensão da realidade, partindo da experiência do aluno confrontada pelos conteúdos propostos pelo professor. Assim, esta tendência finaliza na síntese, quando o aluno supera sua visão parcial e adquire visão mais clara e unificada da realidade. Desta forma, o professor seria mediador do conteúdo, excluindo a não diretividade, e orientador, no sentido do seu envolvimento com o estilo de vida dos alunos, com consciência dos contrastes entre sua cultura e a deles (LIBÂNEO, 1990).

Segundo Vasconcelos (1988), as atividades nos Centros de Saúde podem ter conseqüências educativas e deseducativas, a depender da forma como são realizadas, ou seja, das tendências pedagógicas que ancoram estas práticas. Entre as atividades que pouco contribuem para a educação em saúde, segundo o autor, estão: a) a relação entre profissionais e usuárias, que muitas vezes se dá de forma autoritária e grosseira, levando à desvalorização e redução da capacidade de solução dos problemas; b) a transmissão de idéias relacionando a saúde com a falta de cuidado e a culpabilização do indivíduo; c) a medicalização dos problemas de forma descontextualizada das condições de vida; d) a falta do reconhecimento de seus limites e a falta de respeito à cultura popular.

Nos serviços de saúde, a palestra é a forma mais usada de prática educativa coletiva, com temas preestabelecidos pelos profissionais, explicação de normas de comportamento saudável, e oferecimento de conselhos para as pessoas seguirem. Os questionamentos são permitidos no sentido de esclarecer eventual mal entendido. Assim, para melhor assimilação das normas de comportamento saudável, são apontadas as doenças que estariam relacionadas ao não seguimento da prescrição (VASCONCELOS, 1988).

Vasconcelos (2001), afirma que parte das práticas de educação popular, nos serviços de saúde, se dirige para a superação do fosso cultural entre a instituição e a população em um movimento que busca romper com as práticas centradas na normatização e nas relações autoritárias em direção ao diálogo entre o saber popular e o científico.

Para Pedrosa, em entrevista à Noronha, é preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação dos sujeitos, considerando que as práticas devem ter como base o diálogo. Para que isso realmente ocorra, as práticas educativas devem considerar a construção compartilhada de saberes que fundamentam a forma como as pessoas vêem o mundo e um ambiente de respeito (NORONHA, 2003).

O autor destaca que as práticas educativas em saúde envolvem a relação entre sujeitos sociais e portam diferentes saberes, sendo, portanto práticas dialógicas que podem se utilizar de metodologias progressistas ou conservadoras, isto é tradicionais. Ressalta ainda, que as práticas educativas precisam articular o saber científico e o saber popular no sentido da construção da participação popular e do aprofundamento da influência da ciência no cotidiano das famílias e da sociedade (PEDROSA, 2001).

Assim, a educação em saúde como promotora de cidadania está centrada na valorização do indivíduo, seja ele usuário do serviço ou trabalhador da saúde, e implica em responsabilização, vínculo, diálogo e respeito aos saberes do outro. O ponto de partida deve ser a realidade dos sujeitos, suas percepções e sua visão de mundo, a partir de onde uma reflexão crítica e sucessivas aproximações de realidades possibilitariam a transformação dos envolvidos.

2.6 Análise de conteúdo

A opção assumida no presente estudo como o referencial para dar conta de apreender a percepção das usuárias sobre as práticas educativas foi a técnica de análise de conteúdo. O objetivo da análise de conteúdo é propiciar a inferência de conhecimentos a partir da procedência, do emissor e da situação em que se encontra Bardin (2004).

Para Bardin (2004), análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de textos visando a interpretação das mensagens, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição. A análise pode ser de significados, a exemplo da análise temática ou de ‘significantes’, como análise de procedimentos e lexical. Neste sentido, implica na explicitação e sistematização do conteúdo de mensagens e da expressão do mesmo, com utilização de índices passíveis ou não de quantificação.

Na utilização de procedimentos sistemáticos para a descrição do conteúdo há o agrupamento de temas recorrentes no sentido de compor categorias que permitam a interpretação dos dados relativos ao objeto de pesquisa, o estabelecimento de relações, e a compreensão de sentido e processos. O tratamento descritivo representa a primeira fase e não é exclusivo da análise de conteúdo. As regras de validade são: homogeneidade na identificação das categorias, exaustividade em esgotar a totalidade do texto, exclusividade na garantia da participação dos elementos em uma única categoria, objetividade e pertinência aos objetivos e produtividade em fornecer informações que permitam inferências pela transformação dos dados brutos em categorias que representem o núcleo de compreensão do texto, núcleos de sentido (BARDIN, 2004).

A autora destaca que as unidades de codificação ou de registro, pode ser palavra, frase ou tema entre outros, de acordo com o material. Na hipótese de ambigüidades na referência do sentido dos elementos codificados torna-se necessária a definição de unidades

de contexto visando compreender a significação dos itens obtidos, contextualizando-os. Este tipo de análise é denominado análise categorial a qual classifica os itens pela frequência de presença ou ausência no texto (BARDIN, 2004).

A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2004) se dá em etapas. Na pré-análise, a organização e sistematização das idéias iniciais ocorrem no sentido de um esquema preciso que inclui a leitura 'flutuante' para um contato inicial com o material, a constituição do corpus e a organização do mesmo para responder a normas de validade. As hipóteses e objetivos são formulados nesta etapa, assim como a referência de índices e a elaboração de indicadores, como a menção explícita de um tema em uma mensagem, que passa a ter mais importância quanto mais frequente for sua repetição. Na preparação do material ou 'edição' dos textos, que pode contar com recursos de informática, o texto é preparado segundo as instruções do programa e objetivos estabelecidos.

A segunda etapa é a exploração do material é a da análise propriamente dita, e consiste em operações de codificação e enumeração. A terceira etapa é o tratamento dos resultados da análise, que pode fazer uso de estatísticas simples ou mais complexas, quando forem pertinentes, a depender do tipo de pesquisa. Na análise qualitativa, a inferência se dá pela presença do índice, palavra, tema, personagem, e na frequência da aparição em cada comunicação individual. Esta etapa visa a inferência e a interpretação (BARDIN, 2004).

A categorização representa a classificação dos elementos constitutivos do texto por diferenciação e reagrupamento de acordo com os critérios estabelecidos. As categorias reúnem um grupo de elementos em função de determinadas características comuns. O critério de categorização, na análise temática se refere ao agrupamento dos temas - contagem de um ou vários temas ou índices de significação - em unidade previamente estabelecida. A análise temática se destina a análise de significados, possibilitando o levantamento de atitudes ou qualidades pessoais. A análise dos temas indica os valores de referência presentes no texto. Na definição das categorias, são consideradas as semelhanças semânticas, de significado. As verbalizações são agrupadas pelos temas, que por sua vez são agrupados nas categorias síntese. Para a consistência interna e validade, é importante que pesquisadores diferentes definam a categoria da mesma forma (BARDIN, 2004).

3 MÉTODO

Neste trabalho, foi utilizada a metodologia qualitativa conjugada a um estudo do tipo exploratório e descritivo, buscando conhecer as formas de práticas educativas utilizadas na orientação das mães ou responsáveis pela introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança e o significado destas práticas educativas para os responsáveis das crianças e suas famílias.

3.1 Campo de estudo

O estudo foi realizado no âmbito da SES-DF no Centro de Saúde **A** e Centro de Saúde **B** da Regional de Saúde de Sobradinho. Os locais da coleta de dados foram escolhidos pela facilidade de acesso, pelo fato destes serviços utilizarem diferentes modalidades de práticas educativas na introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança e a população destas áreas possuírem semelhante condição sócio-econômica. O acesso ao campo foi amplo, sobretudo pela história profissional envolvendo capacitações, grupos de trabalho, comissões, entre outros.

3.2 Participantes do estudo

Participaram deste estudo os profissionais de saúde envolvidos com as práticas educativas - individuais e coletivas - relacionadas à introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança nos Centros de Saúde **A** e **B** da regional de Sobradinho, assim como mães/usuárias ou outros responsáveis de crianças que completaram sete meses em janeiro de 2006, inscritas nos referidos centros de saúde. Para a seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão: 1) Residir na área de abrangência da Região administrativa de Sobradinho; 2) Estar sendo acompanhada pelo Centro de Saúde com pelo menos uma consulta entre quatro e sete meses de idade; 3) Aceitar participar da pesquisa; 4) A criança não ser portadora de patologia crônica; 5) Ter sido selecionado pelo sorteio da amostra; 6) Não ter sido orientado pela própria pesquisadora quanto à introdução de alimentos não lácteos.

3.3 Aspectos éticos

Conforme resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos, todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, sua confidencialidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A e B).

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/SES/DF parecer nº. 040/2005 de 29 de abril de 2005 (ANEXO C).

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados dos prontuários teve a finalidade de conhecer o número de crianças que completariam sete meses no mês do início da pesquisa, para compor a amostra. Ela teve início no mês de maio de 2005, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Todos os prontuários de crianças com sete meses de idade no referido mês foram avaliados e preenchida a ficha de coletas de dados (APÊNDICE C). Foi iniciada a análise de documentos – prontuários - nos Centros de Saúde **A** e **B**. Entretanto, os dados registrados eram de forma insuficiente não permitindo uma adequada análise. Assim a opção foi por desprezá-los e construir um instrumento que fosse adequado ao cotidiano dos Centros de Saúde e da pesquisa.

Após reuniões com os profissionais dos três Centros de Saúde foi elaborado o instrumento que denominamos de ficha de atendimento para as crianças menores de cinco anos. A ficha foi testada e as sugestões dos profissionais de saúde foram incorporadas (ANEXO A), e implantada em junho de 2005. Para garantir que a mesma estivesse disponível para uso nos serviços de saúde o papel para impressão foi fornecido pela pesquisadora no período de junho de 2005 e fevereiro de 2006. A ficha de atendimento foi incorporada pelos profissionais de saúde e é atualmente utilizada na rotina dos Centros de Saúde da regional, tornando-se parte do prontuário.

A coleta dos dados ocorreu em três etapas.

Primeira etapa

Após seis meses da implantação da nova ficha de atendimento foi iniciada a coleta de dados dos prontuários, com a finalidade de conhecer a população de crianças e compor a amostra. Assim, em dezembro de 2005, em cada Centro de Saúde, foram coletados nos prontuários dados como idade e escolaridade materna, aleitamento, introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança, a participação ou não de prática educativa quanto à introdução de alimentos e sob qual prática educativa. Os dados coletados foram registrados em um protocolo (APÊNDICE C).

Depois, os prontuários foram classificados de acordo com o tipo de prática educativa recebida quando da introdução de alimentos não lácteos. No Centro de Saúde **A** (CS **A**), havia 93 prontuários de crianças que completavam sete meses no mês de janeiro de 2006, sendo que 34 destes foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e exclusão (11 não residiam em Sobradinho, 19 não estavam sendo acompanhadas pelo serviço e 4 apresentavam patologias crônicas), totalizando 59. Já no Centro de Saúde **B** (CS **B**), havia 70 prontuários de crianças que completavam sete meses no mês de janeiro de 2006, sendo que 33 destes foram excluídos após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (12 não residiam em Sobradinho, 18 não estavam sendo acompanhadas pelo serviço e 3 apresentavam patologias crônicas), totalizando 37.

Do universo de cinquenta e nove prontuários do CS **A** e trinta e sete do CS **B**, foram sorteados dezesseis prontuários, oito de cada Centro de Saúde. Foram sorteados quatro prontuários de crianças cujas mães participaram da prática educativa coletiva e quatro que participaram da prática educativa exclusivamente individual, na consulta, em cada Centro. Cabe destacar que, no Centro de Saúde **B**, dos 37 usuários, 33 mães tinham participado da oficina coletiva e quatro haviam recebido orientação exclusivamente individual, sendo, portanto, as quatro selecionadas como representantes da orientação exclusivamente individual.

Segunda etapa

A segunda etapa teve a finalidade de descrever as práticas educativas e conhecer os pontos abordados/ recomendações dos profissionais nas diferentes práticas nos dois Centros de Saúde. Em um primeiro momento, foi realizada a observação geral das atividades educativas desenvolvidas nos dois, utilizando o recurso de gravação, sem a presença da pesquisadora ou outra pessoa estranha à atividade para evitar eventual influência ou mudança

na dinâmica do grupo. Para isso, foi realizada a gravação de duas práticas educativas individuais e duas coletivas em cada Centro de Saúde. Nesta etapa, foi utilizado o recurso de gravação em áudio e vídeo, resultando em oito horas e vinte e dois minutos de gravação.

Neste processo, para a observação das práticas coletivas, foi utilizado o recurso de filmagem em grande angular, com a câmera em um tripé, instalada pela pesquisadora antes do início da reunião, com a concordância dos participantes. Após a instalação, a pesquisadora se ausentava durante a prática educativa, só retornando após seu término para recolher o instrumento. Na observação da consulta individual o recurso usado foi a gravação em áudio, também com a concordância dos participantes – profissional e responsável pela criança – sem a presença da pesquisadora na sala. Terminada a consulta, a pesquisadora recolhia o gravador. As fitas de áudio e vídeo foram posteriormente revisadas pela pesquisadora.

Em um segundo momento, os profissionais dos dois centros de saúde, envolvidos nas práticas educativas para a introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança foram convidados a responder um questionário com o objetivo de identificar os pontos abordados nas práticas educativas quanto à introdução de alimentos. Após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, foi solicitado aos participantes que listassem e registrassem no instrumento (APÊNDICE E; F) as orientações e/ou pontos que, na opinião deles, não poderiam deixar de ser discutidos com as mães/usuárias nas práticas educativas, tanto nas coletivas (reunião ou oficina) quanto nas individuais (consulta).

Os profissionais envolvidos nas práticas educativas e que preencheram os questionários foram aqueles que atuavam no atendimento às crianças (pediatras e enfermeiras) e os que ministravam palestras ou participavam de oficinas de introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança, segundo a rotina de cada centro de saúde. Assim, foram aplicados quatro questionários no centro de saúde **A** e doze no centro de saúde **B**, representando a totalidade de profissionais envolvidos nas práticas educativas em cada centro de saúde.

Terceira etapa

Esta etapa teve a finalidade de conhecer a percepção das usuárias acerca da alimentação de seus filhos, a sua relação com os hábitos alimentares da família, as crenças em relação à alimentação infantil, formas de introdução do alimento, e assim buscar apreender, a partir de sua verbalização, a relação com o abordado nas práticas educativas do Centro de Saúde. Para a realização das entrevistas, inicialmente foram sorteados oito prontuários em

cada centro de saúde: quatro de crianças cujas mães/responsáveis participaram da prática educativa coletiva (reunião, oficina), e quatro correspondentes àquelas cujas mães/responsáveis receberam orientações exclusivamente individuais, totalizando dezesseis usuárias, oito em cada centro de saúde.

Na seqüência, foram realizados os contatos com estas usuárias, que aceitaram participar da pesquisa após serem esclarecidas sobre os seus objetivos, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Vale ressaltar o sentimento de orgulho da maioria das mães em saber que seu filho (a) foi sorteado para que ela pudesse participar de uma pesquisa e contribuir para a melhoria da alimentação das crianças. Além disso, a identificação da pesquisadora foi vinculada à Universidade de Brasília, de forma a não estabelecer qualquer relação com o serviço de saúde.

As entrevistas foram realizadas na semana em que cada criança completava sete meses. Elas ocorreram nas residências das usuárias/mães por ser um ambiente no qual elas se sentiriam mais à vontade e, ainda, para evitar uma associação direta com as práticas educativas dos Centros de Saúde, uma vez que as orientações realizadas nos serviços de saúde poderiam trazer uma conotação coercitiva e o espaço institucional representar esta opressão. Além disso, foi utilizado um roteiro semi-estruturado organizado em duas partes. Na primeira parte, eram registrados os dados de identificação das usuárias e da criança, e, na segunda, questões norteadoras (APÊNDICE D). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas integralmente, e o conteúdo analisado com base na análise de conteúdo segundo BARDIN (2004).

Na entrevista, a mãe/usuária foi convidada a falar sobre a alimentação de seu filho (a), ou seja, como é a alimentação no decorrer do dia, 'contar como se faz'. Entretanto, quando algum ponto-chave não era exposto, utilizava-se a estratégia do aprofundamento da entrevista (APÊNDICE D), na qual a pesquisadora formula algumas perguntas com o objetivo de aprofundar o tema, no sentido de apreender a aceitação em relação a orientações, tais como: uso do óleo, etapas progressivas, recipientes para alimentação sólida e líquida, mudanças em relação à alimentação anterior, no caso em que a alimentação já havia sido introduzida, a utilização de peneiras ou liquidificador, entre outros pontos destacados na entrevista com os profissionais de saúde e a partir da observação das diferentes atividades educativas.

No centro de saúde **B**, conforme ressaltado na primeira etapa, apenas quatro mães/usuárias não haviam participado da oficina. Uma, apesar de não constar registro no prontuário e/ou no livro de registro das práticas educativas, havia participado, o que foi esclarecido no momento da entrevista. Assim, para manter o mesmo número de entrevistados nos dois centros de saúde, optei por incluir esta entrevista, uma vez que não havia outra criança cuja mãe ou responsável tivesse recebido orientação exclusivamente individual naquele Centro de Saúde. Desta forma, no CS **A**, oito usuárias participaram deste estudo, das quais quatro experienciaram a prática educativa coletiva e quatro a prática exclusivamente individual. Já no CS **B**, também oito usuárias participaram do estudo, mas cinco vivenciaram a prática educativa coletiva e três a individual, exclusivamente.

A coleta de dados absorveu em torno de sessenta e oito horas, entre a coleta de dados dos prontuários, observação das gravações das atividades educativas, marcação das entrevistas, atualização dos endereços, que com frequência havia sido alterado em relação ao registrado no prontuário, entrevistas, trânsito e transcrição das entrevistas. Todas as etapas da coleta de dados foram realizadas, exclusivamente, pela pesquisadora.

3.5 Análise de dados

Os dados coletados foram organizados e interpretados de diferentes formas. Os quantitativos referentes aos prontuários foram lançados no software SPSS 13.0, onde se buscou estabelecer a relação entre as diferentes variáveis, como idade e escolaridade materna, participação em prática educativa, entre outras. Já os dados referentes à observação (áudio e vídeo) foram revistos pela pesquisadora e registrados em protocolo (APÊNDICE G). Quanto àqueles referentes aos questionários com os profissionais de saúde, as recomendações foram registradas segundo a frequência e posteriormente comparadas entre os dois Centros de Saúde com o objetivo de estabelecer os pontos de convergência das orientações, e, na seqüência foi realizada a triangulação dos dados obtidos por meio da observação.

Os dados qualitativos relativos às entrevistas, coletados por áudio, foram transcritos e seu conteúdo analisado. A análise indutiva realizada seguiu todas as etapas definidas pela autora: leitura flutuante do texto, novas leituras para demarcação de verbalizações e identificação de seus respectivos temas; organização dos temas de cada

entrevista em categorias temáticas; organização das várias categorias temáticas para a elaboração e definição das categorias síntese e específicas.

Quatro estudantes da disciplina ‘Métodos Qualitativos de Pesquisa’ da pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília foram juízes na definição das categorias de cada entrevista e, posteriormente, na formulação de categorias síntese e específicas. A análise das entrevistas foi feita, separadamente, para cada Centro de Saúde.

Na análise dedutiva do conteúdo, foram relacionados os pontos apontados pelos profissionais como importantes nas diferentes práticas educativas, e na seqüência verificado na transcrição das entrevistas com as usuárias se estes pontos emergiam das suas verbalizações (APÊNDICE H). Os resultados obtidos em todas as fases da pesquisa são apresentados no capítulo a seguir.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

PARTE 1 – RESULTADOS

4.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no âmbito do Pólo de Referência – Região Norte do Sistema de Saúde do Distrito Federal. A Secretaria de Saúde, para promover a adequação de sua organização sistêmica setorial à Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, estabeleceu a reorganização de seu sistema de saúde no seu Plano Diretor de Regionalização de 2002. O Distrito Federal está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual pela Portaria MS 1.300 de 20 de outubro de 1999, de acordo com a referida Norma. Em sua composição, ficaram estabelecidos dois Pólos de Referência Distrital, Regiões Centro Norte e Centro Sul, sete Regiões de Saúde e dez Módulos Assistenciais.

Desenho da regionalização no DF

- Módulo Assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, contempla ações de saúde coletiva; vigilância sanitária e vigilância epidemiológica básicas. É o primeiro nível de referência, conforme a NOAS.
- Região de Saúde: base territorial de planejamento pode compreender um ou mais módulos assistenciais. Nível de complexidade, imediatamente, acima do módulo assistencial. Agrega maior complexidade e resolubilidade
- Pólo Referência Distrital: Regiões Centro Norte e Centro Sul - apresentam maior densidade tecnológica e de pesquisa; oferecendo demais serviços de média complexidade; um conjunto abrangente de serviços de alta complexidade; serviços especializados e ações de saúde coletivas, vigilância sanitária, epidemiológica, e que exijam uma alta capacidade técnica (SES /DF).

A Regional de Sobradinho situa-se na região norte e possui um Hospital Regional, três Centros de Saúde, cinco equipes do programa de saúde da família, três equipes de agentes comunitários de saúde, ligados a cada Centro de Saúde (Figura 1).

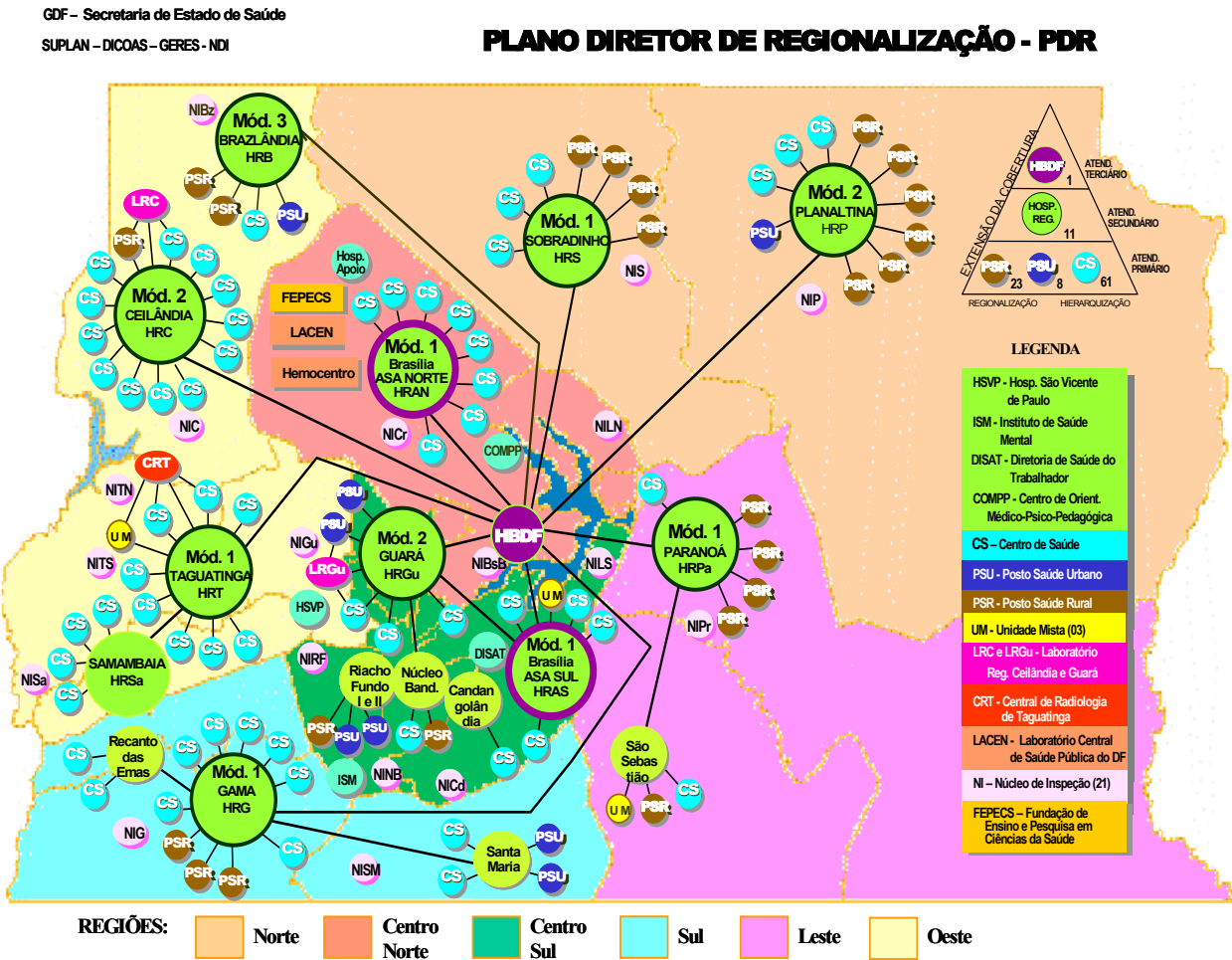


Figura 1 - BRASIL. Distrito Federal – Sistema de Saúde / Plano Diretor

No ano de 2006, foram realizadas 119.347 consultas no conjunto dos três Centros de Saúde da regional de Sobradinho. No mês de janeiro de 2006, foram realizadas 3764 consultas no Centro de Saúde A e 3132 no Centro de Saúde B. De 1926 atendimentos na faixa etária pediátrica, 972 atendimentos foram realizados no Centro de Saúde A e 952 atendimentos no Centro de Saúde B (Tabela 1).

Tabela 1 – Consultas por unidade Centros de Saúde A e B - janeiro de 2006

Unidade	Centro de Saúde A Nº. de consultas	Centro de Saúde B Nº. de consultas
Clínica Médica	1.168	853
Ginecologia	424	581
Obstetrícia	251	289
Pediatria	972	954
Odontologia	143	282
Enfermagem	760	123
Serviço Social	10	36
Nutrição	36	16
Total	3764	3.132

Fonte: relatório estatístico da RSS /SES /DF

Para realizar os atendimentos os Centros de Saúde disponibilizam os serviços:

- 1- Sala de acolhimento à criança: pediatria, crescimento e desenvolvimento, enfermagem, ambulatório de primeira semana saudável (sete dias), grupos de recuperação nutricional e palestras educativas;
- 2- Sala de acolhimento ao adulto: clínica médica, grupos de idosos, diabéticos, hipertensos, nutrição e palestras educativas;
- 3- Sala de acolhimento à mulher: ginecologia, consultas médicas e de enfermagem no pré-natal, planejamento familiar e palestras educativas;
- 4- Sala de vacina;
- 5- Serviço de laboratório: coleta e marcação de exames, exame de gravidez;
- 6- Serviço de odontologia: palestras educativas - gestantes escolares e pais, programa cárie zero (0 a 5 anos) e atendimento cirúrgico restaurador (escolares de 6 a 14 anos, gestantes);
- 7- Sala de tratamento: medicações, nebulizações e curativos, retirada de pontos;
- 8- Serviços de informática: abertura de prontuário, transferências, marcação de consultas, atendimento ao público em geral;
- 9- Epidemiologia: DST, tuberculose, hanseníase.

A população da área de abrangência do Centro de Saúde **A** segundo estimativa populacional da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP /SES/ DF) para o ano de 2006 foi de 65.498, sendo 33.965 do sexo feminino e 31.533 do sexo masculino. Na do Centro de Saúde **B** a estimativa foi de 55.245, sendo 28.648 do sexo feminino e 26.597 do masculino.

4.2 Caracterização das práticas educativas relacionadas à introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança

Nos Centros de Saúde **A** e **B**, são realizadas práticas educativas, individual e coletiva quanto à introdução de alimentos. A prática educativa individual, nos dois Centros de Saúde, é realizada no contexto da consulta. O agendamento da criança, para a consulta nos centros de saúde segue o calendário mínimo preconizado pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), para o profissional de saúde, médico ou enfermeiro para quatro meses e seis meses. Em situações especiais, o agendamento é feito de forma diferenciada, ou pelo fato da criança apresentar alguma intercorrência, seja por algum fator de risco, como a mãe adolescente, a criança prematura ou nascida com baixo peso, o ganho de peso insuficiente, problemas com a amamentação ou alimentação, o retorno da mãe ao trabalho, entre outros.

O profissional, ao atender uma criança na faixa etária entre quatro a seis meses, avalia a alimentação da criança e adapta as orientações em função da idade e da situação quanto à amamentação - se a mãe já está oferecendo algum alimento ou se vai retornar ao trabalho, por exemplo. A dinâmica da orientação na prática individual é pautada por um roteiro o folheto com as orientações relativas à introdução de alimentos, que é distribuído às mães/usuárias dos três Centros de Saúde da Regional de Sobradinho (ANEXO C).

As práticas educativas coletivas são realizadas nos Centros de Saúde **A** e **B** com periodicidade semanal. Esta prática foi iniciada no Centro de Saúde **A**, por iniciativa de uma enfermeira, há mais de dois anos e utiliza a palestra como estratégia pedagógica, seguindo um roteiro comum aos demais Centros de Saúde (ANEXO C). Esta prática educativa é realizada, exclusivamente, pela enfermeira encarregada do Programa da Criança do Serviço.

Assim, no Centro de Saúde **A**, a prática educativa coletiva se inicia com o relato das usuárias de como está sendo desenvolvida a alimentação de seus filhos, se estão

amamentando, se já introduziram outros alimentos além do leite. Após o relato é realizada a explanação pela enfermeira dos pontos importantes para a introdução dos alimentos não lácteos na dieta da criança, como deve ser a alimentação, como iniciar, etapas, como preparar o alimento, arrumar o prato, entre outros. Nesta prática, é permitida a participação das usuárias, que podem interromper a qualquer momento para maiores esclarecimentos ou questionamentos. O agendamento para a prática educativa era definido para as crianças com seis meses de idade. Entretanto, em função dos resultados preliminares desta pesquisa, esta rotina foi modificada, antecipando para cinco meses e meio, e adequação da agenda depende do trabalho materno ou da alimentação da criança.

No Centro de Saúde **B**, a dinâmica da prática educativa coletiva, a estratégia pedagógica da oficina, seguindo também um roteiro comum aos demais Centros de Saúde (ANEXO C). Esta prática educativa é realizada com a participação de agentes de saúde, técnicos de enfermagem, pediatra e enfermeira do Programa da Criança, envolvendo doze profissionais. Cada oficina é coordenada por dois profissionais de saúde, entre técnicos de enfermagem e agentes de saúde escalados previamente para a atividade, além da participação de uma pediatra ou enfermeira. Os profissionais são responsáveis pela organização e execução da prática que envolve, entre outras ações, a demonstração da arrumação do prato, como amassar os alimentos, as etapas da introdução, e a colocação do óleo e do sal. Para tanto, utilizam alimentos já cozidos que trazem de suas casas.

Desta forma, no Centro de Saúde **B**, a prática educativa coletiva se inicia com os participantes organizados em um círculo, onde cada mãe/usuária faz a exposição de como está a alimentação atual da criança. Em seguida, a equipe de saúde, para interagir com o grupo, utiliza um kit com colheres de diversos tamanhos, pratos, copos, vegetais e frutas de plástico, alimentos cozidos e um litro de óleo. Ao estimular a discussão, buscam identificar os alimentos disponíveis no cotidiano das usuárias, os hábitos culturais relativos à alimentação infantil e da família, promover uma reflexão e a interação entre as usuárias na troca de experiências, com objetivo de levar as usuárias à reflexão e construção do conhecimento. Esta dinâmica tem algumas alterações, a depender dos profissionais que estão na organização, uma vez que o papel de facilitador da aprendizagem ainda foi ainda assumido de forma homogênea entre os profissionais, e a armadilha da preleção está sempre presente.

O agendamento da prática educativa coletiva no Centro de Saúde **B** é realizado quando as crianças estão com aproximadamente cinco meses e meio de idade, no caso das que

estão em aleitamento materno exclusivo, ou entre três e quatro meses para aquelas que estão em aleitamento materno misto ou aleitamento artificial. Vale destacar que as crianças cujas mães vão retornar ao trabalho possuem marcação independente da sua idade, a fim de que as mães que expressarem interesse em participar da reunião possam fazê-lo. Entretanto, a participação na oficina pode ocorrer independente de agendamento prévio: basta que a usuária vá ao Centro de Saúde. Nestes casos, não é realizada a consulta individual, exceto se a criança estiver apresentando alguma intercorrência.

4.3 Caracterização dos participantes - usuárias

Da análise dos prontuários das crianças que completaram sete meses, em janeiro de 2006, respeitados os critérios de inclusão e exclusão, observei que no Centro de Saúde **A** 32 mães (54,2%) participaram exclusivamente da orientação individual e 27 (45,2%) da coletiva. No Centro de Saúde **B** 34 mães (91,9%) participaram da orientação coletiva e apenas 3 (8,1%) receberam exclusivamente orientação individual (Tabela 2 e Figura 2).

Tabela 2 – Distribuição das crianças segundo práticas nos Centros de Saúde **A** e **B** – Sobradinho, janeiro de 2006.

Centro de Saúde	Individual		Coletiva		Total
	N	%	N	%	N
A	32	54,2%	27	45,2%	59
B	3	8,1%	34	91,9%	37
Total	35	36,5%	61	63,5%	96

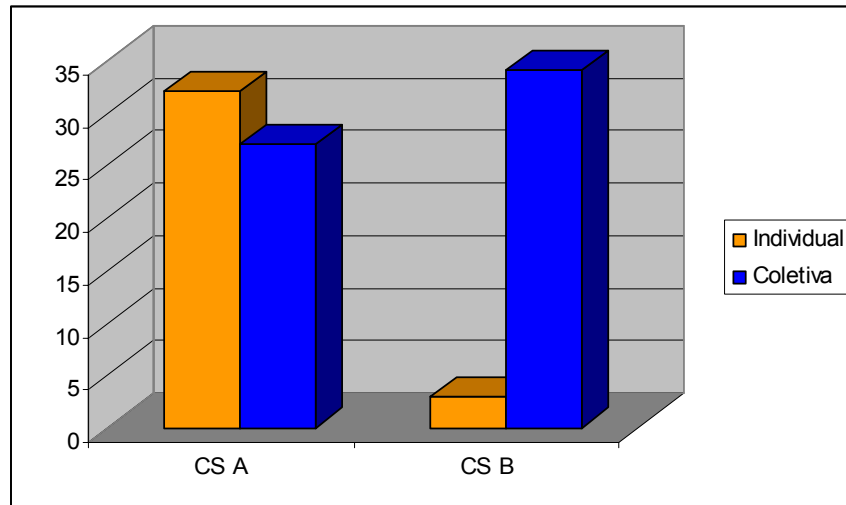


Figura 2: Crianças atendidas nas unidades de saúde segundo tipo de prática educativa - janeiro de 2006

Quanto à idade da criança e o tipo de prática educativa da qual a mãe/usuária participou, constatou-se que as crianças tinham 6 meses para 100% das usuárias que participaram da prática coletiva no Centro de Saúde **A**. No Centro de Saúde **B**, a participação das usuárias na prática educativa coletiva está distribuída entre a idade de 4, 5 e 6 meses das crianças. Quanto à participação na prática educativa individual (32 crianças), a distribuição no Centro de Saúde **A** apresenta maior concentração no 4º mês (18-56,25%), seguido do 5º mês (6 -18,75%) e 6º mês (8 - 25,00%), enquanto que, no Centro de Saúde **B**, a orientação individual se distribui igualmente, uma em cada mês (Figura 3).

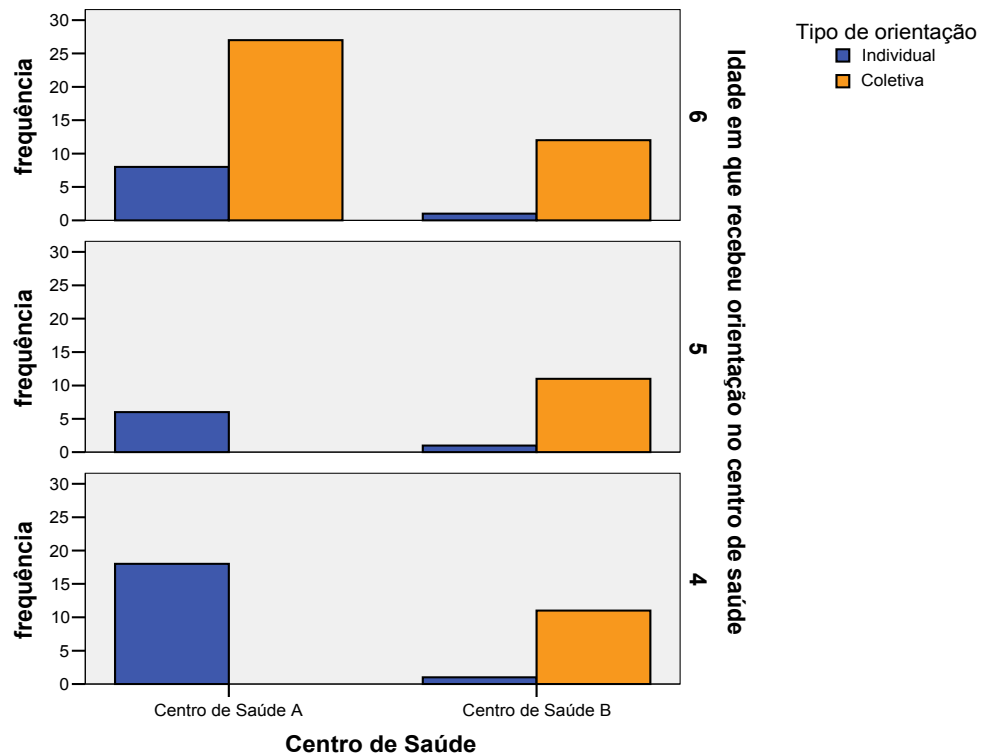


Figura 3: Idade da criança segundo tipo de prática educativa – Centro de Saúde A e B - janeiro de 2006.

Em relação à idade materna, observou-se uma diferença significativa ($p= 0,012$) entre os dois Centros de Saúde, sendo a média e mediana de idade no Centro de Saúde A de 25,34 e 25 anos e no Centro de Saúde B de 28,65 e 30 anos, respectivamente (Tabela 3 e Figura 4).

Tabela 3 - Distribuição da média de idade da mãe /usuárias nos centros de saúde A e B - janeiro de 2006

Unidade de saúde	freqüência	média	Desvio padrão	Erro padrão
Centro de Saúde A	59	25,34	5,43	0,71
Centro de Saúde B	37	28,65	7,04	1,57

* Significância: 0,012

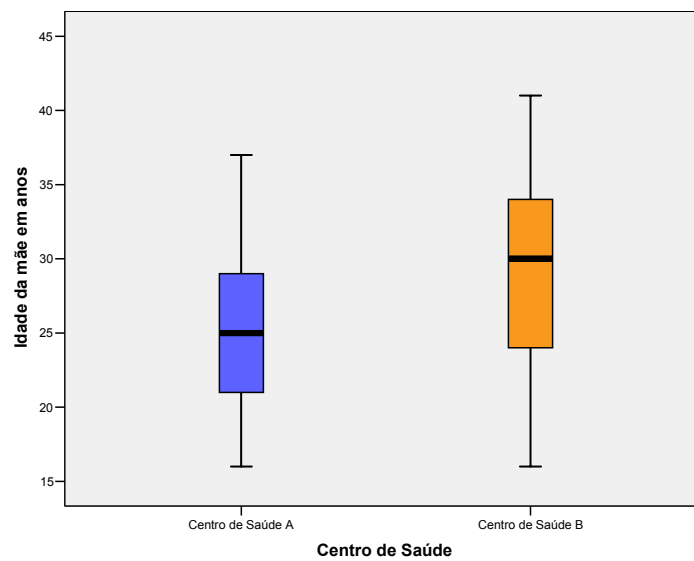


Figura 4 - Idade da mãe/usuária nos centros de saúde A e B - janeiro de 2006

Quanto à escolaridade materna em anos de estudo concluídos observou-se que a diferença entre os Centros de Saúde não foi significativa ($p= 0,408$), sendo a média de 8,81 e mediana de 9,2 para o Centro de saúde A e média de 8,62 e mediana de 9,0 para o Centro de Saúde B (tabela 4 e figura 5).

Tabela 4 - Distribuição da média de escolaridade em anos de estudo concluídos das mães /usuárias nos Centros de Saúde A e B - janeiro de 2006.

Unidade de saúde	freqüência	média	Desvio padrão	Erro padrão
Centro de Saúde A	59	8,81	2,8	0,368
Centro de Saúde B	37	8,62	3,29	0,542

*Significância de 0,408

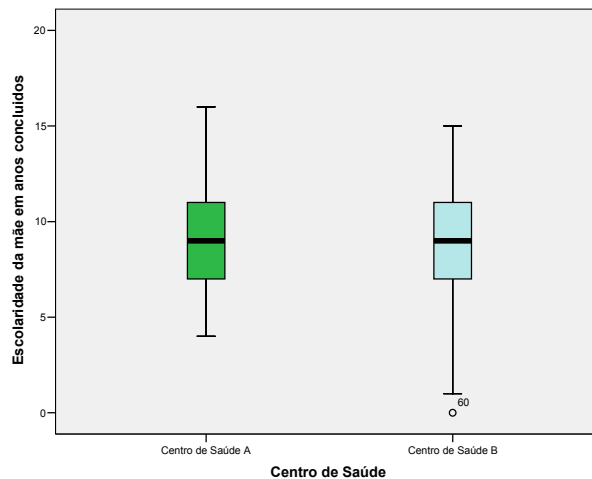


Figura 5: Escolaridade da mãe/ usuária em anos concluídos nos centros de saúde **A** e **B** – janeiro de 2006

Em relação ao número de filhos vivos, constata-se uma diferença significativa entre os dois Centros de Saúde ($p= 0,01$), sendo a média do Centro de Saúde **A** de 1,64 e do **B** de 2,35 filhos com número máximo de filhos das usuárias do Centro de Saúde **A** de quatro e no Centro de saúde **B** de sete filhos (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição de média de filhos nascidos vivos nos Centros de saúde **A** e **B** - janeiro de 2006

Unidade de saúde	freqüência	média	Desvio padrão	Erro padrão
Centro de Saúde A	59	1,64	0,81	0,106
Centro de Saúde B	37	2,35	1,03	0,213

* Significância: 0,01

A distribuição das crianças segundo o sexo foi praticamente a mesma entre os dois Centros de Saúde, com predominância do sexo masculino (CS **A** = 54,2; CS **B** = 54,1) em ambos (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das crianças segundo sexo por Centro de Saúde - janeiro de 2006

Unidade saúde	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
CS A	32	54,2	27	45,8	59	100
CS B	20	54,1	17	45,9	37	100
Total	52	54,2	44	45,8	96	100

No que se refere à situação do trabalho materno fora de casa, Centro de Saúde **A** 45,8% trabalhavam fora de casa, enquanto no Centro de Saúde **B** o percentual foi de 43,2%. No Centro de Saúde **A**, a participação das usuárias trabalhadoras na prática educativa coletiva foi de 55,6% enquanto que no Centro de Saúde **B** foi de 93,8% (Figuras 6 e 7).

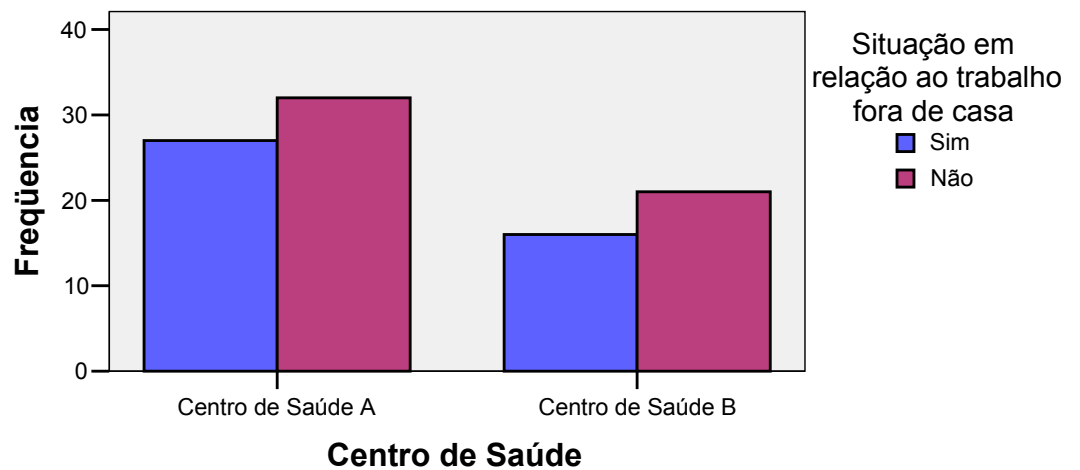


Figura 6: Distribuição das usuárias dos Centros de Saúde A e B segundo o trabalho fora de casa-janeiro de 2006

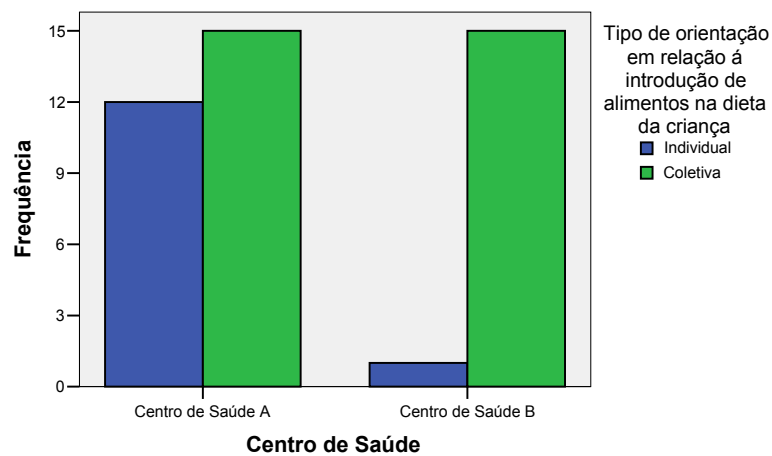


Figura 7: Distribuição das usuárias dos Centros de Saúde A e B que trabalham fora de casa segundo a participação nas práticas educativas - janeiro de 2006

No universo de 96 crianças, foram selecionadas, aleatoriamente, 16 (16,6%) para as entrevistas (APÊNDICE I). No Centro de Saúde A, a idade das usuárias entrevistadas variou entre 18 e 48 anos, com média de 27,38 anos. Quanto ao estado civil, seis são casadas, uma é solteira, e uma mora junto com o companheiro. No Centro de Saúde B, a idade das entrevistadas variou de 21 a 39, com média de 29,5 anos. Em relação ao estado civil, seis são casadas, uma é divorciada, e uma mora junto (Figura 8).

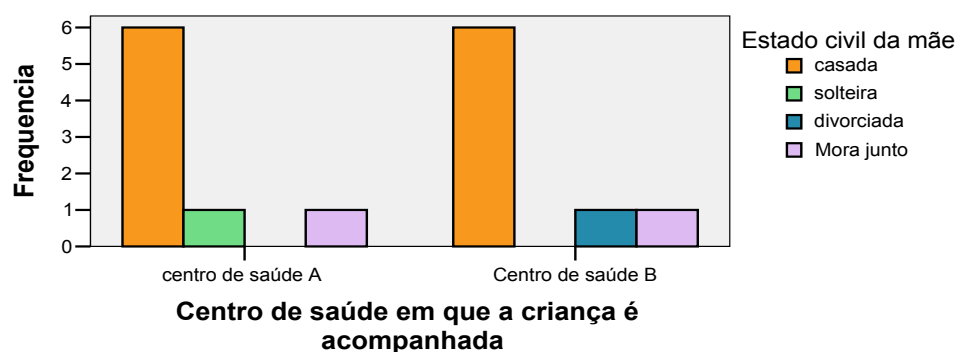


Figura 8: Distribuição das entrevistadas usuárias dos Centros de Saúde A e B segundo o estado civil

Quanto à escolaridade da mãe em anos de estudos concluídos, a média no Centro de Saúde A foi de 10,25 e do Centro de Saúde B de 7,75 anos variando de 8 a 11 no CS A e

de 0 a 14 no CS **B**, sendo que a faixa de escolaridade menor de quatro anos de estudo só foi encontrada no Centro de Saúde **B** (Figura 9).

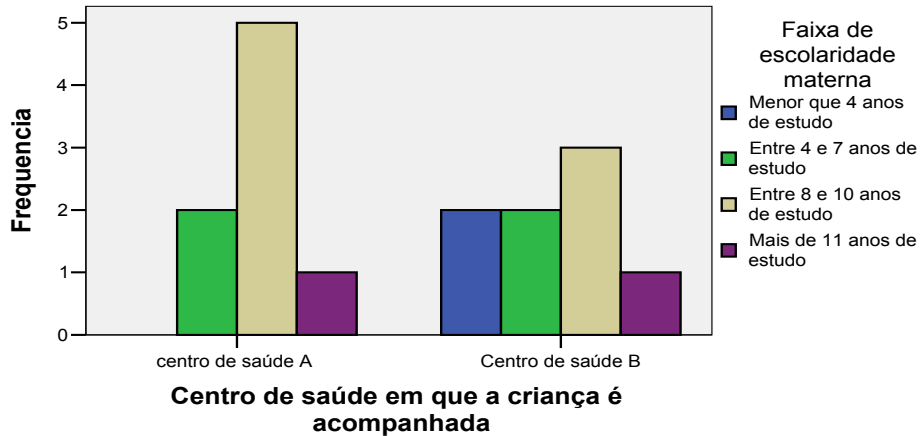


Figura 9: Distribuição das entrevistadas usuárias dos Centros de Saúde A e B segundo o faixa de escolaridade.

Constatou-se que das oito entrevistadas de cada Centro de Saúde, seis não trabalham fora de casa (Figura 10).

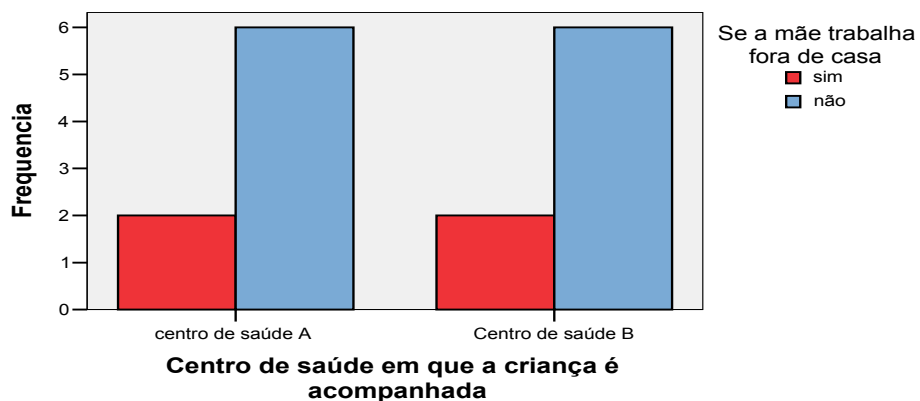


Figura 10: Distribuição das entrevistadas usuárias dos Centros de Saúde A e B segundo trabalho fora de casa.

4.4 Profissionais envolvidos nas práticas educativas

Participaram do estudo todos os profissionais dos Centros de Saúde **A** e **B** que estavam envolvidos nas práticas educativas em janeiro de 2006, totalizando 16 profissionais assim distribuídos:

- **Centro de Saúde A** → 04 profissionais

Prática educativa individual - 3 pediatras;

Práticas educativas individual e coletiva - 1 enfermeira;

- **Centro de Saúde B** → 12 profissionais

Prática educativa individual – 01 pediatra;

Práticas educativas individual e coletiva – 01 enfermeira, 01 pediatra;

Práticas educativas coletivas – 06 agentes de saúde, 03 técnicas de enfermagem.

Todos os profissionais do CS **A** eram do sexo feminino, com escolaridade de mais de 14 anos de estudo concluídos. No CS **B**, quanto à escolaridade, cinco profissionais tinham 11 anos e sete tinham mais de 14 anos de estudo concluídos. Em relação ao sexo, dois eram do sexo masculino e dez do sexo feminino.

4.5 As práticas educativas - pontos convergentes entre os Centros de Saúde

4.5.1 As recomendações dos profissionais de saúde

A análise de frequência simples dos dados obtidos por meio do questionário respondidos pelos profissionais de saúde possibilitou identificar os pontos considerados pelos participantes como importantes na orientação para a introdução de alimentos não lácteos à dieta da criança. Observou-se que entre 25 recomendações, apenas duas não são comuns aos dois Centros de Saúde: 1) a utilização de alimentos disponíveis na casa; 2) apoiar a mãe, que só aparece no Centro de Saúde **B**. Os demais são comuns, diferenciando no percentual de profissionais que os referiram (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das recomendações importantes na orientação para a introdução de alimentos não lácteos à dieta da criança segundo profissionais de saúde dos centros de saúde A e B.

Recomendação dos profissionais quanto à introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança	Centro de Saúde A		Centro de Saúde B	
	N	%	N	%
Aleitamento materno	3	75	12	100,0
Alimentos saudáveis/natural	2	50	10	83,3
Não utilizar mamadeira ou chupinha	2	50	12	100,0
Higiene	4	100	8	66,7
Amassar	3	75	8	66,7
Utilização de feijão amassado	1	25	6	50,0
Etapas - Introdução dos vegetais em etapas	2	50	10	83,3
Variedade dos alimentos	2	50	7	58,3
Colher de sopa de óleo	2	50	6	50,0
Utilização de óleo direto no prato	2	50	8	66,7
Proporção de óleo (1 colher para 5 de alimento)	1	25	4	33,3
Alimentos separados	2	50	7	58,3
Não utilizar liquidificador ou peneira	3	75	10	83,3
Oferecer 5 colheres de alimento	1	25	5	41,7
Dar espaço de pelo menos 2 horas entre as refeições	1	25	5	41,7
Paciência	1	25	5	41,7
Uso da clara do ovo (vacina sarampo)	1	25	5	41,7
Não dar biscoito/trigo 1º ano de vida	1	25	8	66,7
Não dar leite e derivados no 1º ano de vida	2	50	7	58,3
Não dar suco e sim a fruta	3	75	9	75,0
Temperos e pouco sal	3	75	7	58,3
Respeito ao gosto da criança	2	50	8	66,7
Utensílio próprio da criança-prato,	3	75	9	75,0
Utilização de alimentos disponíveis na casa	-	-	5	41,7
Apoiar a mãe	-	-	6	50

4.5.2 - O olhar das mães/ usuárias

A percepção das mães/ usuárias foi apreendida a partir da análise dedutiva e indutiva do conteúdo das entrevistas das dezesseis participantes do estudo.

4.5.2.1 Análise de conteúdo dedutiva

Os pontos colocados pelos profissionais como importantes nas orientações para a introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança foram confirmados por meio de gravações em vídeo e áudio das práticas educativas, confrontados com o conteúdo das verbalizações das usuárias, de forma a verificar se os pontos estavam presentes ou não nas suas verbalizações. Assim, as verbalizações apresentam-se como: (+) concordantes; (-) discordantes ou ausentes. Os pontos comuns (convergentes) entre profissionais dos dois Centros de Saúde foram organizados e relacionados em um quadro, segundo o seu aparecimento. Além destes, foram ainda incluídos as características da mãe/usuária trabalhar

ou não fora de casa e, a pessoa de referência para ela na introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança (APÊNDICE H).

Dentre os pontos recomendados pelos profissionais dos Centros de Saúde **A** e **B**, foi observado que dois não apareceram nas verbalizações das mães, quais sejam: dar espaço de pelo menos duas horas entre as refeições e a proporção de óleo (uma colher de óleo para cinco colheres de alimento). Quanto à recomendação de oferecer alimento separado, esta foi observada na verbalização de apenas uma usuária do CS **B**, que relatou oferecer os alimentos separadamente ao seu filho. Visando aprender se as mães ofereciam separadamente o alimento para a criança quando iniciaram a introdução de alimentos os ofereciam separadamente, procurei nas verbalizações das usuárias como faziam quando elas começaram a introdução de alimentos. Desta forma constatei que todas as mães /usuárias que receberam orientação coletiva no CS **B** e duas do CS **A** ofereceram os alimentos separados ao iniciarem a alimentação da criança. Quanto ao contexto da prática educativa individual, independente do Centro de Saúde observou-se que as usuárias não incorporaram esta orientação.

Quanto à recomendação de aleitamento materno, cinco de oito mães do CS **A** relataram amamentar seus filhos, assim como todas do CS **B**, sendo que duas delas relataram oferecer também leite artificial. Sobre a recomendação de não utilização de mamadeira ou chuquinha, três mães /usuárias do CS **A** (uma da prática educativa coletiva e duas da individual) e cinco do CS **B** (quatro da prática educativa coletiva e uma individual) relataram que não as utilizavam como recipiente para oferecer líquidos para seus filhos. Além disso, ao analisar a recomendação que se refere à introdução dos alimentos em etapas, constatou-se que apenas as usuárias que participaram da prática educativa coletiva no CS **B** (quatro das cinco) a utilizaram.

A recomendação da variedade dos alimentos foi constatada na verbalização de duas mães /usuárias que participaram da prática educativa individual e de todas da coletiva do CS **A**. No centro de saúde **B**, observou-se na de todas as que participaram da prática coletiva e na de duas das três que participaram da individual. Já no que se refere à utilização da colher de sopa de óleo, foi encontrado uma usuária da prática individual e uma da coletiva do CS **A** que se referiram a ela. No CS **B**, esta recomendação foi verificada na fala de três das cinco mães /usuárias que participaram da prática coletiva e em nenhuma verbalização das que participaram da prática individual.

Quanto à recomendação de colocar óleo direto no prato da criança, esta foi constatada nas verbalizações de duas usuárias da prática coletiva e três da individual no CS **A**. No CS **B**, quatro usuárias da prática coletiva a mencionaram, sendo que duas delas a utilizaram apenas no início. Nenhuma usuária da prática individual relatou a utilizar. Além disso, observou-se que metade das usuárias que participaram das práticas educativas no CS **A** e todas da prática coletiva do CS **B** relataram a necessidade de ter paciência na introdução de alimentos na dieta da criança.

A recomendação de não oferecer trigo ou derivados no primeiro ano de vida não foi observada em nenhuma das verbalizações das usuárias do CS **A**, nem nas das usuárias da prática educativa individual do CS **B**. Esta recomendação só foi constatada na verbalização de três usuárias da prática educativa coletiva do CS **B**. Sobre a não utilização de leite e derivados, esta recomendação foi constatada no conteúdo da verbalização de uma usuária do CS **A** (prática coletiva), enquanto que entre as usuárias do CS **B** foi encontrado no de cinco usuárias (quatro da prática coletiva e uma da individual).

Quanto a não utilização de sucos e sim da fruta, este ponto não foi verificado na verbalização de nenhuma usuária do CS **A**. Entretanto, ele foi constatado na de três usuárias da prática educativa coletiva do CS **B**. Vale ressaltar a ausência desta orientação nas verbalizações da totalidade das entrevistadas que não participaram da oficina do CS **B**. Além disso, foi notada a recomendação do respeito ao gosto da criança na verbalização de todas as usuárias dos dois Centros de Saúde, independente do tipo de prática educativa.

No que diz respeito à pessoa de referência com quem conversavam sobre a introdução de alimentos, verificou-se a importância do serviço de saúde no conteúdo das verbalizações de seis usuárias do CS **A** (3 citaram a pediatra e 3 a palestra). Uma usuária destacou a experiência própria e outra a sogra. No CS **B**, todas as usuárias que participaram da prática coletiva destacaram a oficina como referência, e nenhuma daquelas que receberam a orientação individual indicaram o serviço de saúde, destacando a experiência própria e vizinha.

Em relação ao trabalho fora de casa, do conteúdo das entrevistas depreende-se que duas do grupo do CS **A** estavam trabalhando e duas do CS **B**. As duas do grupo do CS **A** não estavam amamentando, uma do CS **B** estava, mas apenas à noite, e a outra também, mas deixou de trabalhar fora de casa.

4.5.2.2 Análise de conteúdo indutiva - As categorias sínteses e específicas

A análise do conteúdo das entrevistas das práticas educativas (coletiva e individual) realizadas nos dois Centros de Saúde possibilitou a identificação de três categorias síntese e uma categoria para cada um dos Centros de Saúde, validada pelos juizes que participaram deste estudo. Do Centro de Saúde **A**, apreendemos as categorias síntese: ‘ele tem seus gostos e suas vontades’, ‘[...] tem que ter paciência’, ‘Isso eu aprendi’. Como categoria específica, verificou-se a ‘Meu marido está desempregado e estou morando aqui com minha sogra’. No Centro de Saúde **B**, as categorias síntese foram: ‘Eu fiz assim’, ‘Observar como é seu filho’, ‘mas tem que ter paciência, porque é assim mesmo, é difícil’. Já a categoria específica foi ‘[...] porque eu já tenho este problema de ser obesa, então fiquei com medo dela ficar também, de começar desde cedo’.

CENTRO DE SAÚDE A

1 Categoria síntese: “Ele tem seus gostos e suas vontades”

Definição da categoria: Ao introduzir o alimento não lácteo na dieta da criança, as mães, no início, cozinham os alimentos separados, “uma verdura vermelha, uma branca e uma laranja” para que os bebês pudessem “ir descobrindo os sabores” até acostumar “com cada gostinho”. Fazendo assim, elas descobriram o que a criança gostava mais, “porque se ele não gosta não vai comer”, e só então elas passaram a misturar os alimentos segundo a preferência da criança. Apenas os alimentos que são “novidade” elas continuam a oferecer separado. As mães acharam importante oferecer também os alimentos que elas não gostavam, “como o jiló mesmo, ele [criança] gosta, eu não gosto e o pai dele detesta”, e afirmaram que os filhos são “seres humanos, que têm gostos e vontades diferentes da gente”. Algumas relataram que os filhos já não queriam comida “amassadinha”. A maioria considera importante amamentar para o filho “ficar forte e crescer”.

Temas:

“[...] é importante participar da reunião”.	“Participei da palestra e ela ensinou como era”.
“[...] do jeito que a médica ensinou [...]”.	“[...] eu pegava as verduras tudo junto e amassava”.

Verbalizações:

“[...] isso eu aprendi. Dar as verduras separadas no início, não misturar, amassar e dar separado [...]” (A3C).

“Assisti a palestra no posto [...] Eu já sabia, mas a reunião ajudou a lembrar de como eu fiz na alimentação de minha filha [...], tinha esquecido muita coisa, é importante participar da reunião” (A3C).

“Eu acho que elas deveriam assistir à palestra, mas se tivesse vindo mais cedo, com 4 meses, ela teria me ajudado bastante” (A4C).

“Se a pediatra não tivesse me falado eu iria misturar, achei bem legal. Eu ia fazer uma sopinha normal, eu ia ficar toda embananada” (A4C).

“[...] um pouquinho de óleo em cima, foi assim que a médica me ensinou” (A3I).

“Na palestra falou para separar os alimentos, que eu fazia junto” (A4C).

“[...] foi assim que a médica me ensinou” (A3I).

2 Categoria síntese: “ [...] tem que ter paciência [...]”

Definição da categoria: As mães consideraram que “difícil é fazer a criança comer”, pois ela não aceitava a comida, “joga para fora da boca”, “fica empurrando com a língua, parece que não está gostando”. Nesse sentido, consideraram importante “trabalhar com eles, ter paciência”, “insistir que eles aprendem”, pois “vale a pena, é para a saúde deles, para o bem deles”. Além disso, a introdução dos novos alimentos representou mudanças na rotina da família que requereram novas adaptações, pois “no início [...] a gente tava acostumado só eu e meu esposo, aí tem o filho, tem que adaptar a ele. Quando [...] começa a comer, tem que adaptar tudo de novo, mudar seus horários para adaptar ao dele”. As mães que receberam a orientação individual relataram que cozinhar cada alimento separado “dá muito trabalho”, “suja muita panela”. Disseram que se fossem ter outro filho cozinhariam tudo junto para ficar mais fácil.

Temas:

“Ter paciência”	“[...] tem que adaptar”.
“[...] importante insistir”	“[...] dá muito trabalho”.

Verbalizações

“É importante insistir porque a criança quando vai comer pela primeira vez ela não aceita a comida na hora” (A1C).

“Trabalhar com eles, ter paciência” (A2C).

“[...] ter paciência. Se ele se sujar não pode brigar..” (A1I).

“No início é muito difícil, a gente tava acostumado só eu e meu esposo, aí tem o filho, tem que adaptar a ele. Quando está bem adaptado, começa a comer, tem que adaptar tudo de novo, mudar seus horários para adaptar ao dele.” (A2C).

“Difícil é fazer a criança comer” (A2C).

“É muito difícil isso de cozinhar separado, suja muita panela, dá muito trabalho!” (A3I).

“Tem que insistir que eles aprendem” (A2C).

“Só para aprender que eu dava separado, dá muito trabalho” (A3C).

3 Categoria síntese: “ [...] isso eu aprendi”

Definição da categoria: As mães que participaram da palestra de introdução de novos alimentos acharam importante participar da reunião, pois aprenderam como dar a comida e como prepará-la e isto “ajudou muito”. Começaram a oferecer separado, “três alimentos, que eles mandaram um de cor branca, um de cor vermelha e um de cor verde” e a acrescentar “óleo cru na comida dele, do jeito que a médica ensinou, em cima do prato”. Para algumas, a palestra serviu para lembrar de como haviam feito com os outros filhos. Nas situações em que a participação da mãe ocorreu após a introdução dos alimentos, ela foi importante para modificar a forma como dava a comida para os seus filhos. Nesta situação, elas disseram que se a palestra “tivesse vindo mais cedo, com quatro meses, ela teria me ajudado bastante”. A orientação do pediatra ajudou as mães, pois sem ela “[...] iria misturar, achei bem legal [...] [...] ficar toda embananada”. As mães que receberam somente a orientação individual relataram que começaram com “três verduras, [...] tudo misturado”. Elas disseram que só conversaram sobre a alimentação do filho com a pediatra e recomendaram às outras mães “perguntar para a médica se tivesse dúvida”.

Temas:

“[...] é importante participar da reunião”.	“Participei da palestra e ela ensinou como era”.
“[...] do jeito que a médica ensinou [...]”.	“[...] eu pegava as verduras tudo junto e amassava”.

Verbalizações:

“[...] isso eu aprendi. Dar as verduras separadas no início, não misturar, amassar e dar separado [...]” (A3C).

“Assisti a palestra no posto [...] Eu já sabia, mas a reunião ajudou a lembrar de como eu fiz na alimentação de minha filha [...], tinha esquecido muita coisa, é importante participar da reunião” (A3C).

“Eu acho que elas deveriam assistir à palestra, mas se tivesse vindo mais cedo, com 4 meses, ela teria me ajudado bastante” (A4C).

“Se a pediatra não tivesse me falado eu iria misturar, achei bem legal. Eu ia fazer uma sopinha normal, eu ia ficar toda embananada” (A4C).

“Na palestra falou para separar os alimentos, que eu fazia junto” (A4C).

“[...] foi assim que a médica me ensinou” (A3I).

4 Categoria Especifica: “Meu marido está desempregado e estou morando aqui com minha sogra”

Definição da categoria: A mãe relatou que fez com a filha como já sabia, “a pediatra não falou de comida” apesar de “não ter falhado em nenhuma consulta”. Disse que nunca deu arroz ou carne, pois o marido estava desempregado e a família morava com a sogra. Na casa da sogra a comida era muito gordurosa, por isso nunca deu para o bebê. Já os outros filhos “comem a comida da casa e ficam com diarreia”. Afirmou que a filha tinha mais saúde que os outros filhos, pois ela ainda amamentava.

Tema:

“[...] do mesmo jeito que fiz para eles fiz para ela, na comida”.	“Meu marido está desempregado”.
“Dar o peito, com um só dá”.	

Verbalizações:

“Dos gêmeos conversei com a pediatra. Fiz com ela como eu já sabia” (A2I).

“Nunca dei feijão, uma vez coloquei o caldo. Não dei ainda arroz, nem carne. Meu marido está desempregado e estou morando aqui com minha sogra. A carne aqui é muito gordurosa e minha sogra não gosta de frango, ainda não dei para ela não. Os gêmeos comem a comida da

casa, comem de tudo. Acho que eles ficam com diarreia é pela comida gordurosa de minha sogra” (A2I).

“Dar o peito, com um só dá. Ela tem mais saúde que os gêmeos” (A2I).

“Eu nunca falhei nenhuma consulta, na última consulta dela foi com cinco meses e pouco [...]” (A2I).

CENTRO DE SAÚDE B

1 Categoria síntese: “Eu fiz assim”:

Definição da categoria: As mães relataram que puderam visualizar a “comida amassada, o jeito de colocar e arrumar o prato”. E que “fica fácil para a gente”. “Eu assisti três vezes”; “[...] eles explicam como faz com a alimentação, que começa com um legume primeiro, cozinha no vapor, amassa, joga azeite por cima ou óleo mesmo [...] eu fiz exatamente como eles explicaram.” Assim, recomendaram às outras mães participarem da reunião, pois, “a gente está perdida, com uma criança para cuidar, encontra outras mães, participa, elas contam as histórias delas e a gente conta a da gente, troca experiências”. As mães compararam com as experiências anteriores e disseram que “[...] eu não tive orientação, que eu fazia as consultas no consultório particular e eles não dão esta orientação que tem no centro de saúde, assim desta vez foi melhor”. Nas situações em que as mães já estavam oferecendo os alimentos quando participaram da reunião, afirmaram que fizeram modificações. As mães que não participaram da oficina relataram que iniciaram a alimentação com quatro meses de idade da criança. Algumas informaram ter recebido orientações da pediatra, e outras afirmaram que “[...] não sou muito de ir pelo médico [...] devo fazer de acordo com minha vida, estou acostumando ela a comer o que a família come” e que não puderam participar da reunião, pois “[...] voltei a trabalhar [...] então eu disse vou criar como eu estou acostumada [...] como criei o outro”.

Temas:

“[...] fiz exatamente como eles ensinaram”.	“Eu já estava dando a comida quando eu assisti a palestra”.
“[...] devo fazer de acordo com minha vida”.	“[...] assistir a palestra do posto porque eles mostraram [...]”.
“[...] eu não tinha quem ensinasse [...]”.	

Verbalizações:

“Deve assistir a palestra do posto porque eles mostraram você vê a comida amassada, o jeito que coloca, [...] vê o feijão amassado, muita gente acha que é só o caldo, lá a gente vê eles amassarem na hora, as verduras, o arroz, o jeito de arrumar no prato, fica fácil para a gente. Eu assisti 3 vezes”(B1C).

“A gente está perdida, com uma criança para cuidar, encontra outras mães, participa, elas contam as histórias delas e a gente conta a da gente, troca experiências” (B2C).

“[...] eu fiz exatamente como eles ensinaram.” “Biscoito eu não dou, na palestra eles falaram para evitar trigo até 1 ano. Mesma coisa iogurte, ovo só dei metade da gema, a clara só depois de um aninho” (B3C).

“Eu não tive orientação no centro de saúde, que eu fazia as consultas no consultório particular e eles não dão esta orientação que tem no centro de saúde, assim desta vez foi melhor” (B3C).

“Foi com quatro meses, foi caldo de feijão e arroz, dei batatinha e cenoura. No primeiro dia já comeu arroz com caldo de feijão” (B3I).

“[...] mas não deu para ir a palestra, eu voltei a trabalhar” “[...] Igual agora, eu não tive quem me ensinasse, então falei, vou criar igual eu criei o outro.” (B2I)

“Só com a pediatra lá do postinho, ela ensinou muita coisa, deu um papel com um grupo de frutas e verduras que deveria usar”. (B1I)

“Não sou muito de ir pelo médico [...] Eu dou de acordo com que eu acho importante, [...] então eu devo fazer de acordo com minha vida, estou acostumando ela a comer o que a família come”. (B1I).

2 Categoria síntese: “[...] observar como é seu filho [...]”

Definição da categoria: As mães relataram que sempre davam o “alimento separado que é para ele aprender os sabores e não misturo, porque se tiver algo que ele não gosta não vai comer nada.” “[...] para você conhecer o que eles gostam, [...]” “[...] depois comecei a misturar, quando vi que ele gostava de tudo.” ela foi pegando o paladar [...] e aprendeu a comer “Eu tenho que ensinar ele a comer, [...] Eu acho que tem que comer de tudo.” “A gente não sabe o dia de amanhã. Hoje eu posso ter e amanhã eu não tenho.” “[...] tem que estar preparado para a vida.” Então “[...] Vai comendo as comidinhas junto com o peito, mas não larga o peito [...]” As mães referiram “que o certo mesmo é mamar no peito..” “Que deve dar o

peito para as crianças, eles não adoecem, [...]”. “Falaria para dar o peito até 6 meses, ai introduzir os alimentos [...]” “[...] vou amamentar até quando ele quiser, com 2 anos [...]”.

Temas:

“[...] ela foi pegando o paladar das coisas e aprendeu a comer”.
“[...] tem que acostumar a comer de tudo”.
“[...] tem que acostumar logo”.
“Também dar o peito”

Verbalizações:

“[...] Vai comendo as comidinhas junto com o peito, mas não larga o peito, eu não tiro o peito de menino meu não, mama até quando quiser” (B3I).

“[...] para ver se ele gostava, pra acostumar com o gosto [...] depois comecei a misturar, quando vi que ele gostava de tudo” (B1C).

“Ele não gosta de mamadeira, minha colega me deu uma, fui dar água, mas ele não quis, não toma, fica empurrando com a língua” (B5C).

“[...] porque se tiver algo que ele não gosta não vai comer nada [...] observar como é seu filho, das coisas que ele gosta” (B3C).

“[...] se colocar a gordura e misturar tudo [...] tem que colocar no prato, por cima, só em cada cor, se não ela não vai entender” (B2C).

“[...] mas assim ela foi pegando o paladar das coisas e aprendeu a comer” (B2C).

“[...] ensinar ele a comer de tudo. A gente não sabe o dia de amanhã. Hoje eu posso ter e amanhã eu não tenho. Aí eu acostumo ele a comer só aquele tipo de verdura e amanhã eu não tenho aquilo [...] que tem que estar preparado para a vida” (B2I).

“Que deve dar o peito para as crianças, eles não adoecem, dei peito para os meus três. Eles nunca ficaram doentes. Minha filha come bem e mama no peito” (B1I).

3 Categoria síntese: “[...] mas tem que ter paciência, porque é assim mesmo, é difícil”

Definição da categoria: As mães relataram que é preciso ter “[...] bastante paciência com eles na hora de dar [a comida] porque eles fazem uma bagunça, a gente não tem que estressar, tem hora que dá vontade de estrangular, mas tem que ter paciência, porque é assim mesmo, é

difícil”. E que “parece que eles não estão gostando, da comida, mas, é que eles ainda estão aprendendo a comer”. “[...] no início ela não quis aceitar, eu até desanimei, falei agora vai emagrecer, não quis de jeito nenhum, foi mais da insistência depois de uma semana ela aceitou”. “Meu filho demorou 15 dias para começar a comer, então tem que ter persistência e não desistir”, “[...], a vida é corrida, não dá pra ficar com muita coisa, isso de separado”. “[...] a babá pode não ter paciência [...]”.

Temas:

“[...] tenha bastante paciência”.
“[...] tem que ter persistência e não desistir”.
“[...] a vida é corrida”.

Verbalizações:

“[...] tenha bastante paciência com eles na hora de dar [a comida] porque eles fazem uma bagunça, a gente não tem que estressar, tem hora que dá vontade de estrangular, mas tem que ter paciência, porque é assim mesmo, é difícil” (B5C).

“[...] para ter paciência, parece que eles não estão gostando, da comida, mas, é que eles ainda estão aprendendo a comer” (B1C).

“Meu filho demorou 15 dias para começar a comer, então tem que ter persistência e não desistir” (B3C).

“Foi meio estranho porque no início ela não quis aceitar, eu até desanimei, falei agora vai emagrecer, não quis de jeito nenhum, foi mais da insistência, depois de uma semana ela aceitou, que foi maravilha [...]” (B2C).

“[...] a vida é corrida, não dá pra ficar com muita coisa, isso de separado” (B1C).

“[...] a babá pode não ter paciência” “[...] é só ter paciência de dar” (B2I).

4 Categoria Específica: “[...] porque eu já tenho este problema de ser obesa, então fiquei com medo dela ficar também, de começar desde cedo[...]”

Definição da categoria: Por ser obesa e ter medo da filha ficar também, a mãe começou a introduzir a alimentação com 6 meses por acreditar que se iniciasse antes ela engordaria demais. Com os outros filhos que eram “esticados e não tinham essa tendência a engordar”, ela começou aos 4 meses. Ainda não oferecia o jantar para a criança, pois achava que “janta pode engordar demais”.

Tema:

“Ela tem tendência a dar uma engordadinha”.

Verbalizações:

“[...] eu sou obesa, tenho problema de pressão” (B1I).

“[...] eu já estou dando biscoitinho, de maisena, dei um lanchinho, porque assim, jantar eu ainda não estou dando para ela” (B1I).

“Do 1º para o 2º mês ela engordou muito e quase passou da linha. Aí foi só no peito, não dava nada e ela engordou aí eu fiquei preocupada, de começar a dar comida antes e ela engordar demais, porque eu já tenho este problema de ser obesa, então fiquei com medo dela ficar também, de começar desde cedo, aí eu evitei a comida e só comecei a dar com 6 meses” (B1I).

4.5.2.2 Análise indutiva – outras categorias importantes

Algumas categorias emergiram das verbalizações das mães/usuárias, além das categorias síntese e específica e que guardam estreita relação com os objetivos deste estudo, portanto são destacadas.

1. A categoria - Significado das práticas educativas

Definição: As mães/usuárias destacaram a importância em participar da prática educativa coletiva, e chamam a atenção para alguns aspectos da dinâmica como a visualização do alimento, a troca de experiências entre elas e o apoio em momento de insegurança. Elas ressaltaram que esta prática ajudaria mais se tivesse ocorrido antes de iniciarem a introdução de alimentos não lácteos à dieta da criança. Muitas que participaram da prática educativa individual expressaram que não tiveram quem as ensinasse.

Verbalizações

“[...] eu gosto muito dessas reuniões, é importante perguntar quando tem para poder participar, para o desenvolvimento até da mãe. A gente está perdida, com uma criança para cuidar, encontra outras mães, participam, elas contam as histórias delas e a gente conta a da gente, troca experiências” (B2C).

“Deve assistir a palestra do posto porque eles mostraram você vê a comida amassada, o jeito que coloca [...] vê o feijão amassado, muita gente acha que é só o caldo, lá a gente vê eles amassarem na hora, as verduras, o arroz, o jeito de arrumar no prato, fica fácil para a gente. Eu assisti 3 vezes” (B1C).

“[...] é importante participar da reunião. Eu já sabia, mas a reunião ajudou a lembrar de como eu fiz na alimentação de minha filha que tem 4 anos, tinha esquecido muita coisa, é importante participar da reunião” (A3C).

“[...] só que a palestra veio tardia, porque a palestra no postinho é com seis meses e eu já tinha começado a comidinha dela” (A4C).

2. A categoria - Influência da família e ambiente relacional

Definição: As mães usuárias referiram que as pessoas de seu ambiente relacional influenciaram na forma como alimentaram seus filhos

Verbalizações:

“Minha sogra achava impossível uma criança mamar só no peito até seis meses. Isso no primeiro, depois ela viu que sim [...] meu primeiro mamou até um ano e dois meses” (B3C).

“[...] eu conversei com a avó dele e ela mandou colocar cremogema. Foi bom, porque isso sustentou ele” (A1I).

“Tentei dar jiló, mas ela [a pessoa que cuida] não deixou eu dar para ele não. Fui dar quiabo e ela não deixou também, ficou brigando, disse não é comida de criança” (B2I).

“Quem dá é a avó, biscoito é coisa de avó e ele gosta” (A2C).

“Meu esposo disse que não era para enfiar óleo não [...]” (B3I).

3. A categoria - As crenças e a introdução de alimentos

Definição: As mães/usuárias referiram que “feijão dá infecção”, que o “milho e o feijão não dissolve no intestino não” e que “não pode dar comida tarde para criança”.

Verbalizações:

“[...] sei também quando dá infecção, esse negócio de feijão, quando você dá para as crianças, no prato deles, aí dá infecção no intestino, que o médico me explicou. Com o meu primeiro menino deu infecção, fui para o hospital e o médico disse que tinha infecção porque eu dei feijão para ele e ele não dissolveu. Ele ficava obrando e vomitando e botando para fora os caroços inteiros [...] Daí para cá comecei a ficar esperta, não dou feijão de jeito nenhum. Só mesmo os grandes que come. O milho e o feijão não dissolvem no intestino não, fica dentro e dá infecção e o menino ficou doente” (B3I).

“[...] agora caroço de feijão eu não dou não, tenho medo de dar infecção intestinal” (B2I).

“[...] não pode dar comida tarde para criança” (B1I).

“[...] dei danoninho que é próprio para criançinha, tem ferro” (A3C).

“[...] Nunca dei feijão, dá problema de intestino [...] quando pequeno não deve comer carne” (A3I).

4. A categoria - O trabalho materno

Definição: As mães/usuárias referiram dificuldades em manter a amamentação e se sentiram sobrecarregadas com os papéis junto à família, sendo que algumas saíram do emprego.

Verbalizações:

“[...] eu tirava o leite do peito á noite no serviço e deixava para ele comer no outro dia, eu tirava muito, um vidrão. No dia seguinte era só amornar e dar para ele. Com o tempo não consegui tirar mais leite para deixar, aí foi leite de caixinha mesmo. Ele mama no peito á noite, a noite inteira. Ele quer descontar e mamar a noite inteira, porque eu trabalho, só tenho folga na 2ª feira, trabalho o dia todo e ele fica com ela [a babá]. Tem dia que eu chego tarde, cansada e ele quer mamar” (B2I).

“Ela mamou no peito até 4 meses, aí a mãe foi trabalhar e ficou difícil, aí eu comecei a dar mamadeira” (A1C).

“Se dependesse de mim eu não tinha dado mamadeira. Mas eu passei um tempinho trabalhando fora, eu deixava ele com minha irmã, aí eu saí do emprego porque ele estava sentindo muito minha falta” (A1I).

“Esse aqui eu estou em casa e está tranquilo, vou amamentar até quando ele quiser, com 2 anos” (B3C).

“Ela começou a comer com 4 meses, eu fui chamada para trabalhar, fui fazer um curso e aí não deu certo [...] ela mama bastante no peito” (B4C).

5. A categoria - Apoio do serviço de saúde

Definição: Algumas usuárias destacaram o Centro de Saúde como espaço que recorrem em situações de dificuldade ou insegurança, enquanto outras verbalizaram que “Igual agora, eu não tive quem me ensinasse, então falei, vou criar igual eu criei o outro”.

Verbalizações:

“Leite ninho eu tentei dar [...] aí eu fui na palestra do posto e eles mostraram que ele tava grande, crescendo rápido, ele mamava muito porque estava crescendo, aí eu dei só o peito e só dei a comida com 6 meses” (B1C).

“[...] todo mundo falava para dar mamadeira, para eu deixar de ser boba [...] eu fui na pediatra, ela passou um remedinho, ensinou o jeito de colocar no peito [...]” (B2C).

“Fiz com ela como eu já sabia. Eu nunca falhei nenhuma consulta. [...] Na consulta a pediatra não falou da comida, ela não tinha 6 meses” (A2I).

“Igual agora, eu não tive quem me ensinasse, então falei, vou criar igual eu criei o outro” (B2I).

6. A categoria - O papel de mãe

Definição: Muitas usuárias colocaram a amamentação como uma obrigação de uma boa mãe para a saúde dos filhos e que “[...] mãe é como diz o velho ditado, é padecer no paraíso [...]”.

Verbalizações:

[...] meu peito machucou, eu fiquei dezessete dias assim, dava de mamar chorando, mas eu não parei, [...]. Foi difícil, eu fui na pediatra, ela passou um remedinho, ensinou o jeito de colocar no peito, falou para ficar com o peito no sol, eu ficava lá, com o peito no sol. mas passou, foram dezessete dias de muito sofrimento, mas valeu a pena porque ela nunca gripou, nunca ficou doente ..então eu não fui só uma mãe, fui uma amiga dela também, porque eu acho que não basta ser mãe, tem que passar de tudo, porque mãe é como diz o velho ditado, é padecer no paraíso, (risos) e eu padeci, dezessete dias, mas graças a Deus foi bem” (B2C).

“Acho que é importante dizer que até os 6 meses deve dar só o peito, faz a criança ficar forte e crescer” (A2C).

“Que deve dar o peito para as crianças, eles não adoecem” (B1I).

PARTE 2 - DISCUSSÃO

O CS **A** teve um maior volume de atendimentos quando comparado ao CS **B**. Esta diferença pode estar relacionada a alguns fatores, dentre eles o fato do Centro de Saúde **A** possuir maior população em sua área de abrangência. Este quantitativo não se refletiu no número de total de atendimentos na faixa etária pediátrica, no mês de janeiro de 2006, quando a diferença entre eles foi inferior a 2%. Os dados referentes ao prontuário que poderiam influenciar na construção do conhecimento mostraram que não havia diferença significativa entre os Centros de Saúde, com exceção à idade materna. No que se refere a ela, houve diferença estatística, porém a média e a mediana da idade da mãe/usuária dos dois Centros de Saúde ficaram entre 25 e 30 anos, faixa etária não associada a risco epidemiológico.

As práticas educativas desenvolvidas nos dois Centros de Saúde são no âmbito individual e coletivo, seguindo a orientação dos programas propostos pelo Ministério da Saúde para os serviços de atenção básico-primária e assumida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ARAÚJO, 2006). Estas práticas educativas visam promover a saúde da comunidade. As práticas, em especial a coletiva podem ser influenciadas por questões gerenciais locais, que variam a depender da compreensão do gestor local, e assim assumem um maior ou menor destaque na dinâmica do serviço de saúde.

Na questão do envolvimento de Centro de Saúde com as práticas educativas coletivas para a introdução de alimentos, depreende-se dos resultados que a valorização pela gestão do Centro de Saúde **B** foi maior do que pela do Centro de Saúde **A**, o que refletiu na organização da prática, quantidade de profissionais envolvidos e na garantia de continuidade. Assim o envolvimento dos profissionais ultrapassa o planejamento e participação na atividade em si, pois eles estão engajados em outras etapas do processo como o agendamento das mães segundo o tipo de alimentação, e pela sensibilidade ao perceber a ansiedade da mãe e situações especiais como o retorno ao trabalho. A participação ativa dos profissionais ao longo do processo refletiu na diferença de percentual de mães na prática educativa coletiva entre os dois Centros de Saúde (41,2% no CS **A** e 91,9% no CS **B**).

Na lógica da produtividade, o discurso da prática individual em detrimento das coletivas deve ser revisitado, uma vez que a análise dessa questão de forma superficial pode esconder outras questões relacionadas à gestão, a exemplo do subregistro dos atendimentos e das práticas educativas, da dificuldade de organização da escala de serviço, entre outros.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2005) destaca que as práticas educativas passam pela forma de organização da gestão local e do controle social em saúde, com suas complexidades específicas. Uma delas é o fato de que os atores envolvidos nas práticas têm idéias e compreensões da saúde próprias, assim como dos papéis dos profissionais envolvidos na organização do trabalho em saúde. Nesta direção, Vasconcelos ressalta a valorização das práticas como estratégia de aproximação da população e que depende de maior empenho do profissional de saúde e da valorização das lideranças institucionais, associada à necessidade da população e ao respeito pelas características culturais, corporativas e econômicas dos atores envolvidos na implementação da prática (VASCONCELOS, 1998).

Os resultados indicam que as estratégias de práticas coletivas são realizadas nos dois Centros de Saúde. Entretanto, suas características as diferenciam, ou seja, a tendência pedagógica que as ancoram. No Centro de Saúde **A**, onde a predominância da prática coletiva se dá por meio da estratégia da palestra, observa-se nesta atividade características da tendência liberal tradicional, aquela que valoriza a transmissão de conhecimento. Já no Centro de Saúde **B**, que utiliza a estratégia de oficina, as características desta atividade aproximam-se da tendência progressista libertadora, que tem como ponto central a construção compartilhada do conhecimento para a transformação da realidade. Em consonância com esta observação, a construção compartilhada do conhecimento que considera a realidade das usuárias pode ser visualizada no CS **B**, pelo apoio às mães/usuárias e a utilização de alimentos disponíveis na casa, denotando a preocupação da equipe com a individualização da alimentação e articulação com a realidade social.

Quando se compara as verbalizações das usuárias com as recomendações dos profissionais, pode-se perceber também a incorporação de várias recomendações nos seus cotidianos entre as usuárias que participaram da oficina do Centro de Saúde **B**. Dentre estas recomendações incorporadas estão a introdução da alimentação em etapas, a não utilização de suco e sim fruta, não oferecer leite e derivados e trigo no primeiro ano de vida, oferecer alimentos separados quando iniciaram a alimentação não láctea, e a não utilização de mamadeira. Esta incorporação não foi correspondente no caso das usuárias do Centro de Saúde **A** e das que participaram exclusivamente da prática educativa individual do Centro de Saúde **B**. Esta diferença remete às considerações de que a prática educativa que utiliza a estratégia de oficina do Centro de Saúde **B** foi mais eficaz na construção coletiva do conhecimento.

Esses resultados são comparáveis ao estudo “Educação popular em Saúde no Cuidado à criança desnutrida” realizado por Frota e colaboradores (2007), no qual utilizaram a estratégia da oficina para problematizar e atuar junto a famílias de crianças desnutridas em Fortaleza. As autoras concluíram que:

As oficinas de educação em saúde serviram de suporte, contribuindo para a sua própria mudança, repercutindo na melhoria do cuidado dos filhos, na estrutura familiar, na evolução do crescimento e no desenvolvimento e favorecimento de interações que emergiram na vida social. (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007, p. 250).

Entretanto, independentemente do tipo de prática usada, observa-se que, se as recomendações dos profissionais de saúde não fizerem sentido para as usuárias, ou seja, se forem descoladas de suas realidades, elas não as assumirão no seu cotidiano. Este foi o caso de algumas recomendações dos profissionais de saúde às mães/usuárias no presente estudo. Na confrontação de suas verbalizações com as recomendações dadas mostrou que ‘dar espaço de pelo menos duas horas entre as refeições’ e ‘usar uma colher de óleo para cinco colheres de alimento’ foram pontos ressaltados pelos profissionais que não se encontraram em nenhuma verbalização, independentemente do Centro de Saúde ou da prática educativa.

Neste sentido, ao refletirmos sobre o cotidiano das usuárias, com as preocupações e vivências dos papéis de mulher, mãe e esposa, e por vezes com dupla jornada de trabalho, constatamos o quanto estas recomendações são prescritivas e racionais. Estes resultados vão de encontro às ponderações de Rozemberg, (2007), ao enfatizar que, a depender de como são assumidas as práticas educativas, pode-se gerar expectativa de uma transposição linear de conhecimentos científicos visando mudança de atitudes e comportamentos dos usuários, quando a informação é associada à idéia da medicalização.

O discurso nas práticas educativas que assumem o alimento como um somatório de nutrientes para atender às necessidades fisiológicas do corpo, assim como aquele que relaciona os alimentos com doenças, seja no papel protetor ou de fator de risco, como observamos neste trabalho, é evidenciado no estudo “Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira” ao sugerir que:

Guias de alimentação e nutrição saudável têm por base o reconhecimento de que um nível ótimo de saúde depende da nutrição. Com o aumento da obesidade e das doenças associadas à obesidade, no Brasil, há que se combinar orientações para a redução das deficiências nutricionais, ainda presentes, com orientações visando a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. (SICHIERI ET AL, 2000, p. 229).

Quando a usuária coloca que “ele tem seus gostos [...]”, podemos apreender certo distanciamento seu, que tem a incumbência de ter a sensibilidade de perceber esta particularidade e se adaptar a ela, talvez reproduzindo o discurso que ouviu em práticas educativas mais prescritivas. Por outro lado, ao afirmarem que é importante “observar como é seu filho”, isso representa uma maior aproximação, denotando sua inserção ativa no processo, como sujeito, em especial quando relacionam com as condições de vida e a necessidade de preparar seu filho para o enfrentamento de eventuais dificuldades. Sobre a participação ativa das usuárias, Frota, Albuquerque e Linard (2007) relatam, em estudo desenvolvido por elas no contexto de desnutrição em crianças, que:

Constatou-se por meio das oficinas educativas que os pais /participantes se encontravam em processo de mudança, inspirando segurança para agir junto às famílias com poder de resolutividade, significando que se instrumentalizaram como futuros cuidadores dos filhos desnutridos, mediante seus aprendizados, ou mesmo congregando a autonomia de forma totalitária. É importante ressaltar que esses resultados provêm do próprio envolvimento e das constantes interações com o meio social (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007, p. 251).

“[...] tem que ter paciência” e “mas tem que ter paciência, porque é assim mesmo, é difícil” são categorias síntese dos Centros de Saúde **A** e **B**, respectivamente, que se referem aos relatos das mães sobre a importância de ter paciência no período da introdução de alimentos, uma vez que é um processo difícil. Estas categorias são comuns às duas unidades de saúde, independentemente do tipo de orientação. Em todos os casos há relatos da necessidade de paciência, da insistência, e sobre a dificuldade nesta fase de adaptação a novos alimentos. Esta adaptação não se refere apenas da criança ao alimento: ela implica em adaptações familiares, mudanças de rotinas, formas de organização e papéis socialmente definidos. Nesta perspectiva, os serviços de saúde podem representar o único apoio para muitas usuárias, embora possam não perceber e não responder na medida das necessidades das mesmas.

Esses resultados são reforçados pela categoria: ‘o papel de mãe’ e vão ao encontro das observações de Ramos e Almeida (2003) ao destacarem que o exercício da maternidade revelou um fardo para a mulher em função de seus múltiplos papéis, da falta de auxílio, e da perda de liberdade, associados à fadiga, sobrecarga e incômodos relacionados com seu corpo físico. Os autores ressaltam que os serviços de saúde, em geral, utilizam práticas educativas fundadas na responsabilização e culpabilização da mulher em caso de eventual fracasso, e é em geral incapaz de compreender suas necessidades e promover o apoio necessário. Segundo

os autores, os serviços de saúde têm sido eficazes na detecção de riscos, mas não têm, na maioria das vezes, desenvolvido estratégias para apoiar a usuária, compreendendo suas particularidades e demandas individuais.

Na categoria síntese “[...] isso eu aprendi”, do Centro de Saúde **A**, depreende-se das verbalizações das usuárias que as explicações do que aprenderam se restringem às recomendações do serviço de saúde, e sem reflexão do porque o fazem, como o seguimento de uma prescrição, seja na prática educativa coletiva ou individual, como se pode constatar na verbalização “fiz como eles mandaram” ou “.. a médica falou que era para separar[...]”. Neste Centro de Saúde, a estratégia da palestra é a utilizada, na qual a transmissão de conhecimentos do profissional para as usuárias ocorre de forma vertical, o que implica, como estas verbalizações bem ilustram, que não há uma apropriação das recomendações, denotando que não houve uma construção compartilhada do conhecimento.

Já nas verbalizações das mães na categoria correspondente “eu fiz assim”, do Centro de Saúde **B**, percebe-se que há uma apropriação do conhecimento. Ao relatar modificações de comportamento no seu cotidiano e no preparo de alimentos, indicam uma maior reflexão ao justificarem e explicarem a forma como e porque fazem. Isto pode ser depreendido, por exemplo, da verbalização de uma usuária ao explicar a necessidade do uso de óleo na alimentação da criança: “é importante para a criança não perder peso, ela está acostumada com a gordura do leite materno, que é muito importante para a criança crescer e para a formação do cérebro, eles ensinaram lá na palestra” (B3C).

Apesar da diferença de escolaridade entre as usuárias não ser estatisticamente significativa entre os dois Centros de Saúde, entre as entrevistadas, a média de escolaridade das mães do Centro de Saúde **B** foi menor e com maior variabilidade, com presença de zero ano de estudo. Isto pode ser atribuído à presença de uma comunidade com grande exclusão social, na área de abrangência do referido Centro de Saúde. Apesar destes fatores, as usuárias do Centro de Saúde **B** que participaram da prática educativa coletiva apresentaram maior incorporação das recomendações, além de demonstrarem maior construção do conhecimento do que as usuárias do Centro de Saúde **A**, o que reforça a contribuição da oficina como estratégia utilizada na prática educativa coletiva a fim de corroborar para a construção compartilhada do conhecimento. Ao encontro deste dado vai um estudo de Ferrari e Jeolas (2003) envolvendo oficinas com adolescentes em serviço de saúde, no qual os autores relataram que as oficinas representaram oportunidade de discussão e reflexão sobre as

relações sociais destes usuários, em especial as questões relacionadas à sexualidade e valores, o que dificilmente era feito em seus cotidianos.

Quanto ao significado das práticas educativas, as usuárias que participaram da oficina relataram a importância de visualizar o alimento, das etapas e da arrumação do prato. Mencionaram ainda os ganhos advindos da troca de experiências, do apoio e da participação mais de uma vez. Na estratégia da oficina, na visualização, parte-se do concreto e palpável que, associado à troca de experiências e reflexão dos problemas retirados do contexto real, baseado em valores e crenças do grupo, compartilhado com outras mães que também estão vivenciando as mesmas ansiedades e dúvidas, possibilitam o estabelecimento de estratégias de enfrentamento e solidariedade. Paulo Freire (1987) destaca que este movimento de ida e volta do abstrato ao concreto leva à superação da abstração com a percepção crítica do concreto, uma vez que relaciona o objeto à realidade em que o sujeito está inserido.

Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Delfino e colaboradores (2004) com um grupo de gestantes, utilizando a estratégia de oficinas. Com base nos depoimentos das gestantes, eles redimensionaram as práticas de cuidado através da oportunidade de compartilhamento de sentimentos, de formas diferentes de aprender, e dos direitos das gestantes, construindo-as a partir das reflexões do próprio grupo.

Entretanto, algumas usuárias que participaram da palestra referem que ela poderia ter ajudado mais se tivesse ocorrido antes da introdução de alimentos, denotando a necessidade de adequação às necessidades particulares. Nas práticas educativas individuais, cabe destacar o sentimento de abandono e de falta de apoio percebido pelas mães/usuárias. Em graus diferentes, as práticas educativas coletivas apresentaram maior influência na atitude das mães em relação à alimentação de seus filhos que as práticas educativas individuais, na consulta, quando as mães chegam a relatar que não tiveram quem as ensinasse.

“Eu fiz assim” é uma das categorias síntese onde se percebe a divergência entre as mães que participaram das oficinas e as mães do mesmo Centro de Saúde que tiveram apenas orientação individual na consulta quanto à introdução de alimentos. Enquanto as que participaram da oficina relatam como oferecer os alimentos, utilizando uma grande variedade de alimentos, as que não participaram referem que fazem como sabiam, que não tiveram quem as ensinasse, e se lembram de poucas orientações, chegando a misturar suas opiniões com as do profissional, além de oferecer menor variedade de alimentos. Neste grupo que

recebeu orientação exclusivamente individual, na consulta, percebe-se uma reação ao modelo prescritivo e desconectado da realidade social e cultural da usuária, o que nos leva à reflexão sobre o contexto em que estas práticas foram realizadas e em que relação, denotando o modelo de transmissão de conhecimentos, de modificação de hábitos e imposição de normas. Isto pode ser evidenciado na verbalização: “Não sou muito de ir pelo médico [...] dou de acordo com que eu acho importante, [...] devo fazer de acordo com minha vida, estou acostumando ela a comer o que a família come” (BII).

Neste sentido, Vasconcelos destaca a valorização das práticas como busca de aproximação da população dependente de maior empenho do profissional e de valorização das lideranças institucionais, sem a percepção da necessidade de compatibilidade com as características culturais, corporativas e econômicas dos atores envolvidos na implementação da prática (VASCONCELOS, 1998). Este autor apresenta idéias convergentes com as de Frota e colaboradoras (2007), cujo estudo apontou que o distanciamento entre o saber técnico científico dos profissionais e o da família provoca barreiras para a prática educativa em saúde. Nele, as autoras destacam aspectos inerentes da cultura que foram evidenciados na dinâmica das oficinas. Esses elementos que representavam os princípios e crenças foram os que nortearam a forma de ser e de viver dos participantes e sua relação com o cuidado do filho desnutrido, colocando em destaque que, na cultura local, a valorização do conhecimento popular é utilizada como estratégia para o enfrentamento das dificuldades.

Meyer e Mello (2006), no artigo “Você aprende. A gente ensina?”, ao interrogar as relações entre educação e saúde na perspectiva da vulnerabilidade, destacam que o discurso de práticas educativas centradas na instrução tem como objetivo a mudança de comportamentos individuais pela decisão informada sobre a saúde, envolvendo aspectos racionais, com a prescrição de normas e comportamentos justificados pelo saber técnico científico, dissociado da inserção sociocultural dos envolvidos.

No que se refere à categoria ‘ influência da família e do ambiente relacional’ Ramos e Almeida (2003) corroboram com os resultados deste estudo ao afirmarem que a mulher é influenciada por familiares e amigos, e suas decisões se baseiam no seu meio relacional, que podem ser de suporte à amamentação ou contribuir para o desmame. Assim, as práticas educativas devem ser desenvolvidas em um clima que permita que a usuária expresse suas particularidades, ampliando a participação, nessas práticas, de outras pessoas envolvidas com a alimentação da criança.

Também as crenças influenciam na introdução de alimentos, conforme encontrado neste estudo, pois a mãe/usuária não oferece para a criança alimentos que acredita poder trazer algum problema para saúde. Neste contexto, Trigo e colaboradores (1989), em um estudo na região norte do Brasil, constataram entre as mães entrevistadas a restrição de uso de leite com várias frutas, em especial a manga, assim como do uso de ovos com frutas, da mistura de carne com peixe, e a de frutas simultaneamente, como o açaí com dez outras frutas. As autoras destacaram algumas restrições alimentares às gestantes e lactantes, como à carne de caça e peixes, justificadas em suas crenças.

Neste contexto, as práticas educativas que permitem a participação ativa das mães/usuárias e utilização de escuta tornam possível depreender as crenças dos envolvidos no sentido de compreender o significado e o receio de introduzir alguns alimentos à dieta da criança. Na categoria ‘ as crenças e a introdução de alimentos’, foi encontrado na verbalização de três usuárias o receio em oferecer à criança feijão, aspecto considerado importante pelos profissionais de saúde, que ressaltam nas orientações, segundo a sua visão de mundo, que o feijão deve ser amassado para a criança não ‘engasgar’. Entretanto, o significado para a mãe/usuária é distinto, uma vez que seu receio não é apenas pela possibilidade de ‘engasgar’, mas, sobretudo, pela crença de que ‘feijão dá infecção’.

A influência das crenças e da cultura em geral nas escolhas alimentares é ressaltada por vários autores, em especial Woortman (1986) e Canesqui (1988; 2007), que relacionam prescrições e proibições, diferenciando e classificando os alimentos em bom, ruim, forte, fraco, quente, frio, remoso, assim como a sua relação com idade, sexo, religiosidade, adequação a momentos fisiológicos específicos e ao ambiente.

A situação socioeconômica é outro aspecto que interfere nas escolhas alimentares, o que é evidenciado pela categoria específica “meu marido está desempregado e estou morando aqui com minha sogra”, em que as condições sociais e econômicas desfavoráveis levam a mãe/usuária a conviver com hábitos alimentares com os quais não concorda e que não utilizaria se tivesse seu espaço. Na tentativa de preservar a filha de uma alimentação que possa prejudicá-la, ela passa a lhe oferecer uma alimentação menos variada, porém reforçada pelo leite materno, seu espaço de controle e proteção à saúde da filha.

Um estudo realizado na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, também destacou a estreita relação entre a alimentação e condições sócio-econômicas, especialmente quando o

critério de seleção dos alimentos se relaciona ao valor monetário dos gêneros alimentícios, que representa com frequência uma prática penosa para o grupo em questão (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Na categoria ‘O trabalho materno’, as mulheres que trabalham ou trabalharam fora de casa relatam dificuldades em manter a amamentação, sendo que algumas continuam a amamentar quando estão em casa, a despeito de seu cansaço, na dupla jornada imposta à mulher em nossa sociedade e sem apoio institucional em seu local de trabalho, como creche ou salas de amamentação. As dificuldades da mulher em conciliar a amamentação e os cuidados com o filho, como observamos no presente estudo, é evidenciado por Ramos e Almeida (2003) em estudo sobre alegações maternas para o desmame. Através da análise qualitativa, os autores relataram ter o trabalho materno representado um elemento dificultador ou impeditivo para a amamentação, sendo que as mulheres demonstraram uma grande dificuldade na conciliação de suas múltiplas atribuições, vivenciadas com sentimentos de angústia e preocupação (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Reforçando estes resultados, a literatura destaca a importância do apoio à mulher trabalhadora formal após os quatro meses, seja pelo prolongamento da licença maternidade para seis meses, seja pela presença de creche ou espaço no local de trabalho para a amamentação, além da garantia dos direitos trabalhistas pertinentes (REA, 1997). Além disso, esta questão ganha cores sombrias no que se refere às trabalhadoras informais, que com frequência perdem seu trabalho devido à gravidez ou após o parto.

Ainda sobre esta questão, o presente estudo evidenciou que, entre as mulheres trabalhadoras entrevistadas, a introdução dos alimentos não lácteos ocorreu antes do período considerado oportuno pelo Ministério da Saúde, além da introdução de leite artificial na alimentação da criança. Desta forma, é importante lembrar que os serviços de saúde representam um importante papel na rede de apoio aos usuários, em especial as usuárias trabalhadoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os resultados do nosso estudo apontam, também, a influência do contexto sociocultural na alimentação das crianças, evidenciada na categoria específica “[...] porque eu já tenho este problema de ser obesa, então fiquei com medo dela ficar também, de começar desde cedo [...]”. Esta categoria traduz a preocupação expressa pela mãe/usuária com relação à possibilidade de sua filha desenvolver obesidade, ao projetar na alimentação da filha

questões relativas à sua corporeidade e visão de mundo. Como ressalta Freitas (2002), atualmente ocorre a valorização do corpo leve e ágil, carregado de valores estéticos, em especial o feminino. Destes resultados emergem a necessidade de que os profissionais, nas práticas educativas, desenvolvam a habilidade e a sensibilidade de sair do roteiro prescritivo a fim de possibilitar reflexões sobre os problemas atuais, como modificações na alimentação face à globalização, assim como a relação com o corpo.

Além disso, a referência ao serviço de saúde em situações de insegurança e de necessidades encontrada na categoria ‘Apoio do serviço de saúde’ reflete a necessidade da reflexão quanto ao papel destes serviços na ampliação da rede de apoio às mães/usuárias. Para isso, implica na sensibilidade da equipe em refletir com a usuária o que realmente a está incomodando e, para tanto, precisa desenvolver a sua habilidade de escuta e estabelecer vínculo.

Nas práticas educativas, de uma forma geral, um aspecto importante a se considerar é a representação do papel de mãe, conforme a categoria ‘O papel de mãe’. A vivência da amamentação pode ser muito dolorosa para algumas mães por diferentes razões, sejam elas físicas ou psicossociais.

O aleitamento materno é importante para a saúde infantil, como demonstrado por vários estudos (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2003). As práticas educativas, ao longo do tempo, têm assumido um discurso, fundamentado nas bases científicas, de responsabilização da mulher na amamentação de seu filho para promoção da saúde, proteção contra doenças, economia para a família e nação, e até como redução da poluição ambiental representada pela pecuária. É recente a discussão sobre a necessidade de proteger e apoiar a mulher lactente.

Estudos que indicam o sofrimento e a cobrança social à mulher para amamentar seus filhos foram destacados por Nakano (1999; 2003) ao analisar, nas verbalizações das mulheres, a representação do corpo feminino espoliado e desvalorizado em relação ao filho, assim como a dor sendo sufocada em resposta ao sacrifício esperado de uma boa mãe. Tendo estas questões em vista, depreendemos neste grupo de mulheres as “marcas da construção histórico-social de maternidade, como dever, responsabilidade e resignação. A amamentação, engendrada nesse universo moral, reafirma, na prática, a emblemática condição de ‘ser uma boa mãe’” (NAKANO, p. 262, 2003).

A representação do papel da mãe sublime e capaz de superar todos os obstáculos para a proteção do filho, se colocando em segundo plano tem raízes históricas. A imagem da mãe associada ao sacrifício pessoal para o bem estar de seu filho começa a desenhar-se no século XVIII, quando a saúde da criança assume papel importante na preocupação dos pais, e a nova mãe passa a se sentir responsável pela saúde do filho e a procurar o médico como apoio para suas ansiedades. Neste sentido, a vigilância materna é ilimitada, em qualquer hora do dia, não importando seu estado de saúde. Assim, surge o sentimento de culpa quando ela não corresponde ao papel da maternidade idealizado e associado a aspectos místicos, como a imagem de santa. Neste contexto, o papel de esposa passa a não ser suficiente, surgindo a necessidade do papel de mãe para a realização da feminilidade. A maternidade concebida, a partir do século XIX, é entendida como sacerdócio, como experiência gratificante e associada a dores e sofrimentos (BADINTER, 1985).

Esta representação é, muitas vezes, reforçada nas práticas educativas dos serviços de saúde. Em outras situações, não é percebida pelos profissionais, que negligenciam as necessidades da usuária.

Na escuta em todas as oportunidades de contato com a usuária que procura o serviço de saúde, seja na sala de vacina, nas salas de acolhimento da criança e da mulher, entre outros, ou no contexto da visita domiciliar, os profissionais podem apoiá-la e contribuir para a promoção da alimentação saudável e para a melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2007) recomenda a reorientação dos serviços de saúde com mobilização e capacitação de profissionais de saúde para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, nas atividades de grupo e nos atendimentos individuais, entre outras oportunidades.

Neste sentido, Queiroz e Jorge (2006, p.127) ressaltam que:

[...] ficou evidente que o despertar da mãe para o cuidado da criança não depende somente das informações/ orientações dadas e recebidas; é preciso sentir-se segura, valorizada em sua singularidade. Significa, para o profissional, acompanhar o que foi ensinado e tranquilizá-la para ter confiança em si e nos profissionais, atitudes que não se concretizarão em um único e rápido contato.

As percepções das mães/usuárias sobre a alimentação de seus filhos variam muito. Os significados e a sua construção estão relacionados a vários fatores, tanto aqueles relacionados à unidade de saúde, no que se refere às tendências pedagógicas das práticas

educativas e ampliação da rede de apoio, quanto à inserção social das usuárias, as suas prioridades e a segurança, o vínculo com o profissional de saúde e do contexto cultural em que estão inseridas. Neste sentido, algumas mães reproduzem as recomendações das práticas educativas, como prescrito pelos profissionais, sem nenhuma reflexão e sem significado para o seu cotidiano, enquanto outras, a depender do nível de participação, transformam a sua forma de ver a alimentação e incorporam estas transformações em seu cotidiano.

Os resultados do presente estudo colocam em evidência a importância da reflexão em torno das abordagens nas práticas educativas, especialmente as que privilegiem a problematização da realidade, quando as questões têm origem na reflexão do grupo, que, compartilhada, possibilita a construção de formas de enfrentamento que tenham significado e legitimidade por meio da troca de experiências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao comparar as práticas educativas coletivas e as práticas educativas individuais, observamos que as práticas coletivas contribuem mais para a construção do conhecimento, e que são referência para a maioria das usuárias por possibilitarem uma maior participação, com troca de experiências entre as elas, e reflexão de suas realidades. Assim, as práticas educativas podem influenciar o comportamento das pessoas em relação à alimentação, em especial quando fundamentadas em uma relação dialógica.

As práticas educativas que estabelecem prescrições têm menor influência no cotidiano das usuárias. Neste sentido, aquelas baseadas em metodologias ativas e, sobretudo, libertadoras, estimulam a troca de experiências, a construção compartilhada do conhecimento, o apoio às usuárias em uma fase difícil e estressante e podem contribuir para o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e para uma alimentação saudável.

Questões atuais como a corporeidade e visão de mundo influenciam a alimentação das crianças e são aspectos importantes para a transformação da realidade, que só serão apreendidos no processo de escuta, onde o diálogo é o mediador da relação. Assim, tanto nas práticas educativas individuais quanto nas coletivas, é necessário ter a sensibilidade de sair do roteiro e estimular reflexões de questões atuais, como as modificações na alimentação em face à globalização e a relação com o corpo, alimentos industrializados, o significado do alimento, dentre outras, caminhando para a construção de uma escuta qualificada. É desta forma que nos aproximamos do real significado do *counselling*: aconselhamento enquanto suporte para que a usuária possa decidir o que for melhor para ela, considerando os seus limites e suas possibilidades naquele momento.

As condições socioeconômicas é um outro aspecto que desempenham um papel de destaque nas escolhas alimentares. A sensibilidade de não sugerir alimentos e considerar os alimentos disponíveis na casa precisa ser incorporada nas relações com as usuárias.

Além destes, outra categoria importante que devemos considerar é a situação das mulheres que trabalham fora de casa têm dificuldades em manter a amamentação. Algumas continuam a amamentar quando estão em casa, e a despeito de seu cansaço, pela dupla jornada imposta à mulher em nossa sociedade e sem o apoio institucional em seu local de trabalho elas modificam a alimentação da criança. Torna-se evidente a importância da

construção de uma rede de apoio à mulher trabalhadora, seja ela formal ou informal, especialmente tendo em vista a amamentação, alimentação e cuidado das crianças e da família.

A família e outras pessoas do ambiente relacional, envolvidas no cuidado à criança e na sua alimentação, influenciam o processo de introdução de alimentos não lácteos e, muitas vezes, são colocados em segundo plano ou não são considerados nos serviços de saúde. Assim, as práticas educativas devem possibilitar um clima que permita a usuária expressar suas particularidades e ampliar a participação de outras pessoas envolvidas com a alimentação da criança.

Consideramos, também, a necessidade de incorporação de reflexões sobre a dimensão simbólico-cultural associada à biológica nas práticas educativas, assumindo que o discurso baseado exclusivamente nos nutrientes e na dimensão biológica – da relação do alimento com doenças, seja como protetor ou como fator de risco – não responde às necessidades sociais atuais. A escolha do alimento ultrapassa os limites da racionalidade e está ancorada na representação do alimento em diferentes dimensões, como a classe social, as questões familiares, étnicas, religiosas e econômicas, a carga afetiva, entre outras. Ao desconsiderar estas dimensões, as práticas educativas estabelecem prescrições que dificilmente são incorporadas no cotidiano das usuárias.

Na escuta, o profissional tem a oportunidade de estabelecer um vínculo e entender a percepção das usuárias por meio de um processo reflexivo, assim como a de contribuir para a construção do conhecimento e da autonomia da mãe/usuária, para assim, conforme ressalta Paulo Freire, a educação poder ser vivenciada como forma de transformação da realidade e dos sujeitos envolvidos. Desta forma, as práticas educativas ancoradas no diálogo, ao colocar a usuária no centro do processo de aprendizagem, contribuem para a transformação e empoderamento dos envolvidos - usuárias e profissionais de saúde.

Por fim, é necessário apontar os limites do presente estudo no que se refere à importância do aprofundamento em algumas questões, em especial a de analisar as percepções das mães/usuárias acerca da introdução de alimentos antes e depois de participarem das diferentes práticas, a inserção das recomendações disponibilizadas pelos profissionais de saúde no cotidiano das famílias após um maior período de tempo, talvez quando a criança esteja com dois anos de idade ou mais. Outras questões que merecem aprofundamento são se

os profissionais têm consciência do empoderamento comunitário, se a questão se restringe à metodologia da prática educativa, e como se dá a questão da intencionalidade e engajamento no processo de transformação da realidade.

Vale ressaltar que o presente estudo, no seu desenvolvimento, já trouxe contribuições para a dinâmica de funcionamento da Regional de Sobradinho no âmbito das práticas educativas e de atenção à saúde da criança. A reflexão da prática cotidiana levou à reorganização do processo de trabalho, como a rotina do agendamento das práticas educativas, que foi flexibilizada no Centro de Saúde **A**, levando em consideração as necessidades de cada faixa etária. A ficha de atendimento construída para uso neste estudo (ANEXO A) foi implantada e incorporada na rotina dos três Centros de Saúde da regional para o atendimento de todas as crianças menores de cinco anos de idade.

Na utilização dos critérios de exclusão do presente estudo, chamou a atenção a grande quantidade de crianças inscritas que não estavam sendo acompanhadas nos dois Centros de Saúde. Ao investigar, descobrimos que, no caso do Centro de Saúde **A**, isto se devia à proximidade da rodoviária, e que muitas não residiam em Sobradinho. No entanto, no Centro de Saúde **B**, as crianças eram provenientes de um assentamento com extremo grau de exclusão social. Assim, foram realizadas reuniões no referido Centro de Saúde para a priorização de crianças e gestantes da referida área nas agendas de pediatras e ginecologistas, além do deslocamento da enfermeira do PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde) para a área, e movimento no sentido de aprovar uma equipe do Programa de Saúde da Família para atender essa comunidade.

Como agenda futura para a devolução dos resultados do presente estudo, pretendo iniciar um programa de educação permanente com os profissionais de saúde, abordando as práticas educativas coletivas na Regional de Sobradinho, fundamentada na metodologia da problematização. Este programa contemplará as questões envolvendo as percepções das usuárias depreendidas neste estudo, as dimensões psicossociais, as relações de poder na equipe e nas relações com a comunidade, entre outras que emergirem do grupo para a construção compartilhada de conhecimento e autonomia no sentido da transformação das práticas educativas em espaços de transformação da realidade, seja do profissional ou dos usuários.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, E.; VICTORA, C. Impact of face-to-face counseling on duration of exclusive breast-feeding: a review. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 14, n.1, 2003.

ARAUJO, R. **Manual de atenção á saúde da criança nas unidades básicas de saúde**. Brasília: FEPECS, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BERBEL, N. **Metodologia da problematização**. Londrina: EDUEL, 2006.

BHANDARI, N. et al. An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural. **Haryana**, India, v. 134, p. 2342–2348, 2004.

_____. Use of multiple opportunities for improving feeding practices in under-tuos within child health programmes. **Health Policy and Planning**, v. 20, n. 5, p. 328-336, 2005.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BRASIL. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. **Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCDCHAVE=23093>>. Acesso em: 30 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: alimentação e nutrição**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **O que é uma alimentação saudável? Considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006. Série B.

BUENO, L.; TERUYA, K. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 80, n. 5, p. S126-S130, 2004. Suplemento.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CANESQUI, A. Antropologia e alimentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 207-16, 1988.

_____. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 2, 2007.

CARVALHO, R. The multiple meanings of "empowerment" in the health promotion proposal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004.

DELFINO, M et al. The participant caring process with a group of pregnant: impact in the individual and collective health. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004.

EKSTRÖM, A.; WIDSTRÖM, A; NISSEN, E. Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support? **Birth**, v. 33, n. 2, p. 123-30, Jun. 2006.

_____. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, p. 309-14, Aug. 2006.

FERREIRA, V; MAGALHAES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREITAS, M. Mulher light, corpo, dieta e repressão. In: FERREIRA, Silvia Lúcia; NASCIMENTO, Rosendo, E. (Org.). **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Bahia: FFCH/UFBA, 2002.

FROTA, A.; ALBUQUERQUE, M.; LINARD G. Educação Popular Em Saúde No Cuidado á Criança Desnutrida. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16 n.2, p. 246-53, 2007.

GARCIA, R. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, out./dez. 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIUGLIANI, E.; LOPEZ, F. Uma atualização em nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 227, 2000. Suplemento 3.

GIUGLIANI, E.; VICTORIA, C. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 253-262, 2000. Suplemento 3.

GOLAN, M. Influência dos fatores ambientais domésticos no desenvolvimento e tratamento da obesidade infantil. **Anais Nestlé**, n. 62, p. 31-42, 2002.

LARAIA, R. **Cultura**: um conceito antropológico. 18. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LIBÂNEO, J. **Democratização da Escola Pública**. A pedagogia crítico social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1990.

LUCKESI, C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MICHAELIS 2000. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

MEYER, E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MICHAELIS 2000. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

MINAYO, M; SANCHES, A. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3. 1993.

MINTZ, S. Comida e antropologia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo.

MONTE, C.; GIUGLIANI, E. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 131-141, 2004. Suplemento 5.

NAKANO, A. 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”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p. 355-363, 2003. Suplemento 2.

NAKANO, A.; MAMEDE, M.. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, jul. 1999.

NORONHA, A. Entrevista com José Ivo Pedrosa. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 24-25, 2003.

OMS/UNICEF. **Aconselhamento em amamentação**: um curso de treinamento. Guia do Treinador. Genebra, 1993.

OSIS, M. et al. Exclusive breastfeeding among working women with free daycare available at workplace. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, 2004.

PEDROSA, J. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

PINTO, A. **Sete lições para educação de adultos**. São Paulo: Cortez, 1982.

POULAIN, J.; PROENÇA, R.. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 45-256, jul./set. 2003.

QUEIROZ, M.; JORGE, M. Health education strategies and the quality of care and teaching in pediatrics: interaction, connection and trust in professional discourse. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, 2006.

RAMOS, C.; ALMEIDA, J. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n 5, 2003.

RAMOS, M.; STEIN, L. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 76, p. 228-37, 2000. Suplemento 3.

REA, M. et al. Possibilities and limitations of breast-feeding among women in formal employment. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, Apr. 1997.

RODRIGUES, E.; BOOG, M. Problem-posing as a nutritional education strategy with obese teenagers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 333-9, jul./set. 2006.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2004.

ROZEMBERG, B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, I. et al. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2002.

SICHERI, R. et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 44, n. 3, 2000.

SILVA, D.; RECINE, E.; QUEIROZ, E. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, v. 5, p. 1367-1377, 2002.

SMERKE, M.; OLIVEIRA, S. Educação em saúde e concepção do sujeito. In: _____. **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

TORRES, R. **Educação popular: um encontro com Paulo Freire**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

TRIGO, M. et al. Alimentary taboos in the North Region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 6, 1989.

VASCONCELOS, E. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

VIEIRA, G. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 411-16, 2004. Suplemento 5.

VICTORA, C. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WHO. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1998.

WOORTMAN, K. A comida, a família e a construção de gênero. **Revista Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 103-30, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION .**Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries**. WHO Library. Genebra, 2003

ANEXO A - Ficha do prontuário criada para registrar atendimento e integrante do prontuário da criança nos Centros de Saúde da Regional de Sobradinho

	<p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE REGIONAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO GERÊNCIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA</p> <p>Atendimento a crianças de 0 a 5 anos de idade</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Registro</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
<p>Data: ____/____/____ Peso: _____ Estatura: _____ PC: _____ T: _____ °C</p> <p>Consulta: () 1ª vez () Retorno () Intercorrência () Reavaliação () Pediatra () Enfermeiro () Outro profissional: _____ Vacinação Atualizada: () Sim () Não () Sem dados Idade: _____</p> <p>Curva de peso: () Ascendente () Descendente () Plana () VGP ↓ ou Desacelerada</p> <p>Percentil: () < 3 () entre 3 e 10 () entre 10 e 97 () > 97</p> <p>Desenvolvimento adequado para a idade? () Sim () Não Mãe trabalha fora? () Sim () Não</p>						
<p>Alimentação dia anterior: () L Materno () L artificial () Vegetais () Arroz () Feijão () Carne () Biscoito () Pão () Fruta () Suco Outro alimento: _____</p> <p>Se menor de 1 ano: () Amassa () Peneira () Liquidifica () Pedacos</p> <p>Recipiente: () Copo () Colher () Mamadeira Oferece vegetais separados? () Sim () Não Coloca óleo? () Não () Sim. Quanto? _____ Como? _____</p> <p>Quantas colheres de sopa a criança está aceitando? _____</p>						
<p>História atual: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
<p>Exame Físico: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
<p>H Diagnóstica: _____ Notificação compulsória? () Sim () Não</p> <p>Conduta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
<p>Data: ____/____/____ Assinatura: _____</p>						

ANEXO B - Roteiro escrito entregue às mães dos dois Centros de Saúde nas orientações individuais e coletivas.

ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA		
REFEIÇÃO	ALIMENTO	QUANTIDADE
DESJEJUM	LM	À VONTADE
COLAÇÃO	FRUTA	À VONTADE
ALMOÇO /JANTAR	VEGETAL C VEGETAL B ARROZ OU FUBÁ FELJÃO OU LENTILHA OU GRÃO-DE-BICO VEGETAL A ÓLEO VEGETAL CARNE (7º Mês)	02 CS (colher de sopa) 02 CS 02CS 01 CS 01 CS 01 CS 01 CS
LANCHE	FRUTA	À VONTADE
CEIA (01 hora após a ceia)	LM	À VONTADE


VEGETAL C	VEGETAL B	VEGETAL A
Batata inglesa Batata doce Cará Inhame Mandioquinha Aipim Milho	Quiabo Vagem Chuchu Beterraba Abóbora Cenoura Nabo	Couve Jiló Brócolis Beringela Abobrinha Alface Agrião Rabanete Repolho Couve-flor Chicória Alface Pimentão Tomate Acelga Cebola

ATENÇÃO: Não deixar de oferecer nenhuma fruta quando introduzi - las.
Todas são fontes de vitaminas e importantes para o bebê.
Exemplo: Manga, abacate, melancia, melão, abacaxi, etc.


ORIENTAÇÕES:

- Para oferecer a refeição ao bebê, a última mamada deverá ter ocorrido com um intervalo de pelo menos 2h;
- Começar com 01(um) vegetal (05 c. sopa) + óleo (01 C. de sopa). O sal será acrescentado na 2ª semana na quantidade de 01 pitada.
- Se o bebê no primeiro dia aceitar muito pouco (01 C. de chá) dar um pequeno intervalo (mais ou menos 10 minutos) e oferecer o peito. Quanto mais comida o bebê aceitar maior será o intervalo para oferecer o peito. É considerado boa aceitação 05 CS, neste caso a próxima mamada terá um intervalo de 2 a 3h.;
- Cozinhar os vegetais no vapor ou em pouca água. LEMBRE-SE, não é sopa, é uma comidinha de sal que em breve será igual a da família;
- Para amassar usar o garfo. Não usar peneira e liquidificador. A consistência dos alimentos deverá ser evoluída respeitando a tolerância do bebê;
- Oferecer água nos intervalos da refeições NO COPO, nunca em mamadeira ou CHUCA;
- É muito importante que a pessoa que vai oferecer a comida ao bebê esteja de acordo com este plano caso contrário poderá dificultar a aceitação pelo bebê;
- Observar, sempre antes de oferecer a comida ao bebê, se o mesmo está com sono, irritado, cansado ou com alguma outra queixa para não confundirmos com má aceitação da refeição;
- Variar os alimentos oferecidos é muito importante, evitar repetição mas não esqueça, 01 alimento novo por dia. A refeição deverá ser bem colorida, por exemplo: vegetal verde + amarelo + branco + arroz + feijão;
- Use como temperos: Ervas (alecrim, manjeriçã, orégano, etc), cheiro verde, alho, cebola. Evitar temperos prontos tais como: sazon, caldo maggi, etc.
- Quando o bebê já estiver aceitando bem o almoço acima de 05colh.sopa introduzir a janta e após 03 dias de boa aceitação do jantar oferecer os lanches de fruta;
- Evitar até o primeiro ano de vida: Pães, biscoitos de doce ou de sal, macarrão, iogurte, danone, refrigerante, salgados, cheetos.
- Atentar para os **cuidados higiênicos** que devem ser feitos ao preparar as refeições do bebê;
- Limpar a boca do bebê após as refeições e mamadas;
- **NÃO ESQUECER: RESPEITE O LIMITE DE SEU BEBÊ. ELE É QUEM VAI NOS DIZER SE A INTRODUÇÃO DEVERÁ SER MAIS RÁPIDA OU MAIS LENTA;**

ANEXO C - Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Saúde.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 040//2005

Processo Nº: 014/05 - DF Brasília, 27 de abril de 2005.

Projeto de Pesquisa: Transformando olhar: as práticas educativas e introdução da alimentação de crianças

Data de Entrada: 21/2/2005.

Pesquisador Responsável: Ednamara Filomena dos Santos

Instituição Pesquisada: SES/DF Centros de Saúde - 01 e 02.

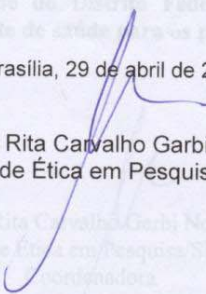
Área Temática Especial: Grupo III(Não pertencente a área temática especial), Ciências da Saúde, III.

Validade do Parecer: 28/4/2007.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifestou-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar a este Comitê relatórios parciais e final, além de notificação de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 29 de abril de 2005.


 Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF

Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br
 SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Projeto Nº

014/05

EMENDA A PROJETO

I – IDENTIFICAÇÃO

Título:	"Transformando o olhar: práticas educativas e a introdução da alimentação da criança."	
Pesquisador responsável:	Médica	
Validade do projeto no CEP:	28/04/2007	

II – INTRODUÇÃO: MOTIVO(S) DA EMENDA

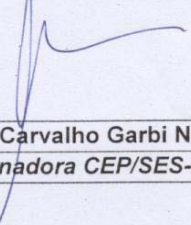
Aumento no prazo de validade da aprovação do projeto no CEP. A pesquisadora solicita a ampliação do prazo para mais 1 ano a partir da presente data.

III – PARECER DO CEP FRENTE ÀS RESOLUÇÕES 196/96 CNS/MS E COMPLEMENTARES

Emenda aprovada.

IV – EMENDA:

Aprovada

	Brasília, 03 de setembro de 2007. (data da reunião do CEP)
	
	Maria Rita Carvalho Garbi Novaes Coordenadora CEP/SES-DF

APÊNDICE A - Termo de consentimento para os usuários

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Introdução de alimentos na dieta da criança

Contatos: Ednamara Santos Telefones: 4872196; 4879241; 81149836

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde: Telefone: 3254955

SMHN Q 501 BL A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar como ocorre a introdução de alimentos não lácteos, isto é alimentos que não sejam o leite, na dieta da criança. Estas informações serão coletadas por meio de levantamento dos prontuários, da observação das reuniões e de entrevista com o responsável pela criança.

No formulário não terá seu nome ou da criança, apenas um número, que impossibilita identificação da pessoa observada e, que respondeu a entrevista. Só terá acesso às gravações a pesquisadora. As fitas após esta pesquisa serão destruídas ou devolvidas a você se achar conveniente e suas informações não serão utilizadas em outra pesquisa, sem o seu consentimento. Além disso, os resultados serão divulgados de forma geral, considerando o conjunto de dados. A sua participação é importante, pois vai contribuir para melhor compreensão de como ocorre a alimentação das crianças.

Você poderá desistir de participar quando quiser e isto não implicará em prejuízo ao atendimento a você ou a seus familiares em nenhum serviço de saúde.

Tendo sido esclarecido (a) sobre os objetivos da pesquisa e do segredo em relação às minhas respostas, aceito participar da pesquisa.

Obs.: 1ª via do entrevistado e 2ª via da pesquisadora

Assinatura do (a) participante

RG: _____

Sobradinho, ____/____/____

Assinatura da pesquisadora

RG: _____

APÊNDICE B - Termos de consentimento para os profissionais de saúde

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Introdução de alimentos na dieta da criança
Contatos: Ednamara Santos
Telefones: 4872196; 4879241; 81149836.
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde:
SMHN Q 501 BL A Telefone: 3254955

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para os profissionais)

Esta pesquisa tem como objetivo analisar como ocorre a introdução de alimentos não lácteos, isto é alimentos que não sejam o leite, na dieta da criança. Estas informações serão coletadas por meio de levantamento dos prontuários, da observação das reuniões e de entrevista com o responsável pela criança.

É importante que consultas em que se orienta individualmente a introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança sejam gravadas, para identificar os pontos a serem avaliados quanto á compreensão da mãe ou responsável destas orientações. Solicitamos sua concordância em gravar as referidas orientações.

Você poderá desistir de participar quando quiser e as gravações serão devolvidas para que você possa dar a elas o destino que achar conveniente.

Tendo sido esclarecido (a) sobre os objetivos da pesquisa e do segredo em relação ao material gravado, aceito participar da pesquisa.

Obs.: 1ª via do profissional e 2ª via da pesquisadora

 Assinatura do (a) profissional

RG: _____

Sobradinho, ____/____/____

 Assinatura da pesquisadora

RG: _____

APÊNDICE C - Protocolo para coleta de dados do prontuário

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Introdução de alimentos na dieta da criança

Contatos: Ednamara Santos

Telefones: 4872196; 4879241; 81149836.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde:

SMHN Q 501 BL A Telefone: 3254955

CS A ()	CS B ()
----------	----------

Criança:

Está sendo acompanhada pelo Centro de Saúde? Sim () Não ()
Apresenta doença crônica? Sim () Não ()
Nº. do registro na pesquisa Data de nascimento: / / /
Vacinação Atualizada: () Sim () Não () Sem dados
Curva de peso: ascendente () descendente () plana ()
Percentil: Menor que 3 () Entre 3 e 97 () Acima de 97 ()
Foi orientada pela pesquisadora? Sim () Não ()
Dados da alimentação da criança na última consulta: data: / / /
Leite materno exclusivo () Misto ()
Leite Artificial () Alimentação Complementar ()
Idade em que ocorreu a introdução da alimentação, quando for o caso: _____

Mãe

Idade:	Trabalha fora de casa? Não () Sim ()
Nº de filhos:	Escolaridade

Introdução de alimentos:

Orientação individual () Orientação coletiva () Sem orientação do serviço de saúde ()
Se orientada pelo serviço de saúde, com que idade? _____

Se houver a ficha de introdução no prontuário:

O que usa para dar o alimento?
Qual consistência: () líquida () pastosa () sólida () OUTRAS
Como prepara:
Quem oferece o alimento:
Coloca óleo? Quanto? Como?
Oferece os vegetais separados?
Quantas colheres de sopa a criança está aceitando?
Alimentação do dia anterior
Data:

APÊNDICE D – Roteiro para entrevista (usuários)

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Introdução de alimentos na dieta da criança

Contatos: Ednamara Santos

Telefones: 4872196; 4879241; 81149836.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde:

SMHN Q 501 BL A Telefone: 3254955

Nº. do registro na pesquisa:	Data: / / .
------------------------------	-------------

IDENTIFICAÇÃO - Dados do respondente:

Idade _____	Sexo: (F) (M)
Estado Civil: Casado () Solteiro () Divorciado () Outro ()	
Relação Parental: Pai () Mãe () Irmã () Tia () Outro ()	
Escolaridade: _____	

Dados do responsável (caso não seja o respondente)

Idade: _____	Sexo: _____	Trabalha fora de casa? Sim () Não ()	
Nº. de filhos: _____		Escolaridade: _____	
E Civil: _____ Quem cuida da criança? _____			

Dados da criança:

Data de Nascimento: / /	
Curva de peso: ascendente () descendente () plana ()	
Percentil: Menor que 3 () Entre 3 e 90 () Acima de 90 ()	
Vacinação Atualizada: () Sim () Não () Sem dados	

QUESTÕES NORTEADORAS:

1- Gostaria que me contasse como foi a alimentação de (nome da criança) desde a 1ª vez que foi dado qualquer coisa para ele (a) comer, que não fosse leite.

2- Vamos lembrar como foi a alimentação de (nome da criança) ontem desde a hora que acordou até a hora que foi dormir.

* Caso o (a) respondente não aborde claramente estes pontos, aprofundar o tema com as questões:

A - Como a senhora prepara a comida de seu filho? (Se necessário ir aprofundando com outras perguntas no sentido de detalhar o tema)

B - Como a senhora oferece o alimento para seu filho?

C - Como e onde coloca o alimento?

D - Que alimentos a senhora coloca no prato da criança?

E - O que a senhora dá para seu filho beber?

F - Como e onde a senhora oferece os líquidos?

2 - A senhora conversou com alguém sobre a alimentação de seu filho? Se sim, com quem? Por quê?

A entrevista foi realizada pela pesquisadora responsável, após o entrevistado receber as explicações sobre a pesquisa e assinar o termo de consentimento.

APÊNDICE E - Roteiro entrevista profissional de saúde - prática individual

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Introdução de alimentos na dieta da criança
Contatos: Ednamara Santos
Telefones: 4872196; 4879241; 81149836.
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde:
SMHN Q 501 BL A Telefone: 3254955

Utilize o verso se necessário

ROTEIRO PARA ENTREVISTA	CS A ()	CS B ()
Nº. do registro na pesquisa:	Data: / / .	
Pediatra ()	Enfermeira ()	

QUESTÕES NORTEADORAS:

Uma criança de 6 meses em aleitamento materno exclusivo comparece á consulta. Quais as orientações mais relevantes você acha que não pode faltar na orientação individual, quanto á introdução de novos alimentos?

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

APÊNDICE F - Roteiro entrevista profissional de saúde - prática coletiva

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Introdução de alimentos na dieta da criança
Contatos: Ednamara Santos
Telefones: 4872196; 4879241; 81149836.
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde:
SMHN Q 501 BL A Telefone: 3254955

Utilize o verso se necessário

ROTEIRO PARA ENTREVISTA	CS A ()	CS B ()
Nº. do registro na pesquisa:	Data: / / .	
Categoria profissional: _____		

QUESTÕES NORTEADORAS

Na atividade educativa coletiva (reunião ou oficina) para a introdução de novos alimentos na dieta da criança, quais orientações ou pontos você acha que não podem deixar de serem discutidas com as mães ou usuários?

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-

APÊNDICE G – protocolo de registro - Práticas educativas

Centro de Saúde: A ()	Centro de Saúde: B ()
Prática educativa coletiva ()	Prática educativa individual ()
Data:	Duração:

Descrição:

--

Pontos abordados:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-

APÊNDICE H - Análise de conteúdo dedutiva

Em relação aos pontos colocados pelos profissionais como importantes nas orientações para a introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança, confirmados pelas gravações de atividades educativas, procuramos na fala da usuária se eles encontravam-se presente, concordantes (+) / discordantes (-) ou ausente.

1- Resumo da análise dedutiva das entrevistas:

Centro de Saúde	A	A	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B
Entrevistada	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3
Tipo de pratica	C	C	C	C	I	I	I	I	C	C	C	C	C	I	I	I
Recomendações																
Aleitamento materno	-	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alimentos saudáveis/ naturais	Ø	+	+	Ø	Ø	+	+	Ø	+	+	+	+	Ø	Ø	+	-
Não utilizar mamadeira /chuquinha	-	-	+	-	-	+	-	+	+	+	+	-	+	-	-	+
Higiene	Ø	Ø	Ø	+	+	+	Ø	Ø	+	Ø	+	Ø	Ø	Ø	+	Ø
Amassar	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Utilização de feijão amassado	+	+	-	+	+	-	-	+	+	-	+	+	-	+	-	-
Introdução dos vegetais em etapas	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-
Variedade dos alimentos	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Colher de sopa de óleo	-	-	+	-	-	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-
Utilização de óleo direto no prato	-	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-
Alimentos separados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Alimentos separados no inicio	-	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-
Não utilizar liquidificador/ peneira	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Paciência	+	+	Ø	Ø	+	Ø	+	Ø	+	+	+	+	+	Ø	+	Ø
Uso da clara do ovo (v sarampo)	Ø	+	-	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	+	-	+	Ø	Ø	Ø
Não dar trigo 1º ano de vida	-	-	-	-	-	Ø	Ø	-	+	-	+	-	+	-	Ø	-
Não dar leite /derivados no 1º ano	-	+	-	-	-	Ø	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+
Não dar suco e sim a fruta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-
Temperos e pouco sal	+	+	+	+	Ø	+	+	Ø	+	+	+	+	+	+	+	Ø
Respeito ao gosto da criança	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Utensílio próprio da criança-prato,	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Ø
Oferecer 5 colheres de alimento	+	Ø	+	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	+	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Espaço de 2 horas entre as refeições	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Proporção de óleo (1 colher para 5)	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Início da alimentação não Láctea em meses	4	6	6	4	4	4	6	4	6	6	6	4	5	6	4	4
Mãe trabalha	S	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S*	N	N	S
Pessoa de referência	PA	PE	PA	PA	SO	EP	PE	PE	PA	PA	PA	PA	PA	PA	PE	V

S - Sim N - Não PA - Palestra ou reunião PE- Pediatra SO- Sogra EP- Experiência Própria V - Vizinha (+) - Concordância (-) - Discordância Ø - Ausente S* - parou de trabalhar I - individual C - coletiva

2 - Verbalizações correspondentes às recomendações dos profissionais nas práticas educativas:

1- Aleitamento materno

- A.1 C→ “Logo que ela acordou ontem tomou a mamadeira de aveia” (-)
 A.2C→ “Acho que é importante dizer que até os 6 meses deve dar só o peito, faz a criança ficar forte e crescer!”(+)
 A.3 C→ “De manhã ele mamou no peito logo que acordou” (+)
 A.4 C→ “Ela aboliu mesmo o peito, ela não aceitava de jeito nenhum” (-)
 A.1 I→ “...ele mamou só até 3 meses no peito, porque o leite não estava sustentando ele”
 A.2 I→ “Ela continua mamando no peito.”(+)
 A.3 I→ “Ele começou com seis meses, antes só leite de lata”(-)
 A.4 I→ “Ela mama durante o dia também, nos intervalos e á noite ainda mama umas duas ou três vezes na noite.”(+)
 B.1 C→ “...quando acordou foi o peito.”(+)
 B.2 C→ “Até os 6 meses foi só amamentação, só leite materno mesmo”(+)
 B.3 C→ “Antes ele mamou no peito até 6 meses.”(+)
 B.4 C→ “...de manhã ela mama bastante no peito” (+)
 B.5 C → “Comecei com 5 meses. Antes só peito”(+)
 B.1 I→ “...depois mama peito antes de dormir..”(+)
 B.2 I→ “ De manhã tomou a mamadeira de mucilon, o leite de caixinha” “Posso ficar o dia todinho em casa que ele não mama de dia mais, só á noite.” (-+)
 B.3 I→ “Eu acho que o certo mesmo é mamar no peito, até 1 ano”.(+)

2- Alimentos saudáveis /naturais

- A.1 C→
 A.2C→ “Nunca dei coca cola e danoninho, nada artificial” (+)
 A.3 C→ Passaria para ela o que aprendi: não colocar muita gordura, não colocar muito açúcar, sal muito pouco, tudo fresquinho..”(+)
 A.4 C→
 A.1 I→
 A.2 I→
 A.3 I→ “Tipo assim, uma comida balanceada”(+)
 A.4 I→
 B.1 C→ “...eu não dou, essas besteiras..”(+)
 B.2 C→ “ela chupa a fruta, laranja, melancia. Tudo natural”(+)
 B.3 C→ “...ele come só feito no mesmo dia, tudo fresquinho.”(+)
 B.4 C→ “...não dou suco de caixinha, nem de pó”(+)
 B.5 C →
 B.1 I→
 B.2 I→ “ Na hora do almoço ele toma suco natural..”(+)
 B.3 I→ “...ela bebe muito é de coca, adora coca, bebe desde os 4 meses”(-)

3- Não utilizar mamadeira ou chuquinha

- A.1 C→ “...mais tarde ela mamou mamadeira.”(-)
 A.2C→ “No início eu dava na chuquinha”(-)
 A.3 C→ “...ele gosta de tomar naquela mamadeirinha azul ali, é tipo um copo, não é bico é tipo um canudo”(+)
 A.4 C→ “...umas 6 e meia, ela toma mamadeira.”(-)
 A.1 I→ “Ele toma á noite, na mamadeira dele”(-)
 A.2 I→ “...dei no copinho porque ela não pega a mamadeira”(-)
 A.3 I→ “eu dava o leite na mamadeira”(-)
 A.4 I→ “eu dou no copinho dela”(+)
 B.1 C→ “Coloco no copo e ele toma este copinho com tampinha e canudo”(+)
 B.2 C→ “...eu comprei este copinho com tampinha, mas não é bico, senão larga o peito”(+)
 B.3 C→ “Ele não toma mamadeira não, só no copo.”(+)
 B.4 C→ “...ela toma na mamadeira”(+)
 B.5 C → “...ele toma no copo”(+)
 B.1 I→ “Eu dou na mamadeira”(-)
 B.2 I→ “...então ela deu a mamadeira, de mucilon”(-)

B.3 I→ “Ela bebe é no copo”(+))

4- Higiene com o alimento e utensílios

A.1 C→

A.2C→

A.3 C→

A.4 C→ “lavar direitinho, tem coisa que não pode dar com casca, tem que descascar, igual salada mesmo, tem que deixar as verduras de molho”(+))

A.1 I→ “Para lavar as coisas direitinho...”(+))

A.2 I→ “...lavar direitinho”(+))

A.3 I→

A.4 I→

B.1 C→ “Falaria para lavar bem as coisas” (+))

B.2 C→

B.3 C→ “Tomar cuidado com a higiene” (+))

B.4 C→

B.5 C→

B.1 I→

B.2 I→ “...dando tudo limpinho, tudo cuidadinho”(+))

B.3 I→

5- Amassar o alimento

A.1 C→ “Pego e amasso com o garfo”(+))

A.2C→“... fui dar a comidinha amassada”(+))

A.3 C→ “Eu amasso com o garfo e dou para ele comer com a colherzinha” (+))

A.4 C→ “...dou uma amassadinha e ela come” (+))

A.1 I→ “Às vezes eu amasso o mamão..” (+))

A.2 I→ “...amassei com o garfo” (+))

A.3 I→ “...eu amassava com o garfinho” (+))

A.4 I→ “...eu amassava com o garfo” (+))

B.1 C→ “Eu amassei com o garfo” (+))

B.2 C→ “...eu tinha que amassar e colocava na boquinha dela” (+))

B.3 C→ “...quando amasso no prato” (+))

B.4 C→ “Desde o inicio foi amassado”)

B.5 C→ “...antes(da palestra) eu cozinhava tudo e passava na peneira, agora amasso” (+))

B.1 I→ “...amasso no caldo do feijão ou da carne cozida” (+))

B.2 I→ “...come amassado com o garfo” (+))

B.3 I→ “Amassei a verdura tudinho” (+))

6- Não dar suco e sim a fruta

A.1 C→ “...depois ela tomou um suco” (-))

A.2C→“Eu dou fruta, já dei suco de fruta” (-))

A.3 C→ “no meio da tarde dormiu, tomou suco de laranja” (-))

A.4 C→ “Lá pelas 10 horas, eu dou um suco” (-))

A.1 I→ “Dou também suco de laranja para ele” (-))

A.2 I→ “Depois ela tomou suco” (-))

A.3 I→ “Toma muito suco” (-))

A.4 I→ “Aí depois dei suco” (-))

B.1 C→ “Depois do almoço dei um suquinho” (-))

B.2 C→ “...não gosta de suco” “..ela chupa a fruta” (+))

B.3 C→ “Suco eu não dou, só a fruta e a água” (+))

B.4 C→ “Tomou suco de laranja” (-))

B.5 C→ “Nunca dei suco, só a fruta e água.” (+))

B.1 I→ “Dei um suco lá pelas 10 e meia” (-))

B.2 I→ “...mais tarde, outro suquinho, de maracujá.”)

B.3 I→ “Ela toma suco” (-))

7- Utilização de feijão inteiro

A.1 C→ “...ela come de tudo, come berinjela, come jiló, quiabo, feijão, tudo o que dá ela come. Ela gosta de tudo (+))

A.2C→ “Ele come muito feijão” (+))

A.3 C→ “O caroço do feijão ainda não dei” (-))

- A.4 C → “Ela come feijão inteiro” (+)
 A.1 I → “depois comecei a colocar arroz, com feijãozinho assim amassado” (+)
 A.2 I → “Nunca dei feijão” (-)
 A.3 I → “o feijão só o caldo..” (-)
 A.4 I → “Eu amasso o feijão..” (+)
 B.1 C → “...o feijão amassado, muita gente acha que é só o caldo..” (+)
 B.2 C → “Feijão eu ainda não coloco a pele.” (-)
 B.3 C → “...feijão, tudo amassadinho” (+)
 B.4 C →
 B.5 C → “... feijão só o caldo, a casca pode dar problema de intestino” (-)
 B.1 I → “..amassei o feijão, já foi amassando mesmo” (+)
 B.2 I → “feijão eu não dou não, tenho medo de dar infecção intestinal” (-)
 B.3 I → “...o caldo, sem a casca, só a massinha, feijão inteiro não, fico com medo de dar infecção” (-)

8- Etapas - Introdução dos vegetais em etapas

- A.1 C → “Foi a sopa, eu coloquei 3 alimentos” (-)
 A.2C → “...cozinhava uma verdura vermelha, uma branca e uma laranja. Cozinhava tudo” (-)
 A.3 C → “Comecei com a sopa de verduras, 3 tipos de verduras, a batata, a cenoura e a beterraba.” (-)
 A.4 C → “Primeiro eu dei uma papinha doce, de banana” (-)
 A.1 I → “...eu comecei a amassar o feijão com abóbora e ele gostou.” (-)
 A.2 I → “Comecei com 3 verduras, amassei o alho, refoguei as verduras, amassei com o garfo” (-)
 A.3 I → “Primeiro foi a verdurinha. Primeiro a batatinha, a cenoura[...] Depois começou a comer fruta, comer banana amassada”. (-)
 A.4 I → “A primeira coisa que ela comeu foi comida mesmo feijão com legumes[...].” (-).
 B.1 C → “Eu fiz assim, coloquei no primeiro dia só a batata, no outro coloquei a batata e o chuchu e no outro a batata, o chuchu e a cenoura” (+)
 B.2 C → “As verdurinhas, depois o arroz, o feijão, vai vindo a carne” (+)
 B.3 C → “No primeiro dia foi um vegetal, foi a abóbora que eu dei, no 2º dia foi abóbora e batata, e assim sucessivamente. Sempre trocando um deles por um alimento novo, que ele não conhecia” (+)
 B.4 C → “... no primeiro dia foi a batata, no segundo foi também a batata, no 3º dia é que eu fui colocar a cenoura, no 4º a batata doce, chuchu, e assim sempre trocando” (+)
 B.5 C → “Cozinhei um pedaço de batatinha, uma abóbora, um pedaço de chuchu e amassei separadinho” (-).
 B.1 I → “Comecei aos poucos, fiz um caldinho de chuchu, cenoura e batata, o básico no início” (-)
 B.2 I → “Aí de comida foi a sopinha, eu coloquei cenoura, beterraba e abóbora, chuchu, batata.” (-)
 B.3 I → “Foi com quatro meses, foi caldo de feijão e arroz..” (-)

9- Variedade dos alimentos

- A.1 C → “Acho que deve dar de tudo para a criança, igual eles ensinaram pra gente lá” (+)
 A.2C → “Tem que dar de tudo” (+)
 A.3 C → “Já comeu verduras, abóbora e as que já falei frutas, desfio o frango, dou carne moída de primeira, mando bater sem gordura, só a carne mesmo. Coloco uma colher de carne moída ou frango”. (+)
 A.4 C → “[...] já come de tudo, já come junto com a gente, arroz, feijão, tudo, tudo.” (+)
 A.1 I → “Não dei ainda carne e frango, só arroz, feijão e verdura.” (-)
 A.2 I → “Já comeu batatinha, beterraba, cenoura, chuchu e inhame, não dei outras coisas não..” (-)
 A.3 I → “Todas as verduras, até jiló. Ele gosta muito de jiló, todas as frutas, tudo que dá ele come”. (+)
 A.4 I → “Carne de gado, eu só compro filé para ela. Já comeu frango também, verduras e frutas todas..” (+)
 B.1 C → “... verdura já dei de tudo..” “Peito de frango eu já dei, desfio o peito de frango” (+)
 B.2 C → “coloco tudo, vou incluindo mais coisas, vou incluir o peixe, o ovo que é essencial e o macarrão, vou começar.” (+)
 B.3 C → “Abóbora, mandioca, beterraba, cenoura, chuchu, batata, brócolis, couve flor, cará, inhame, couve e até alface. Ele já está comendo de tudo” (+)
 B.4 C → “Eu dou tudo, até jiló” (+)
 B.5 C → “Carne moída na sopinha, arroz, feijão só o caldo.. fruta, mamão, maçã, pêra, banana. peito de frango” (+)
 B.1 I → “..comeu frango, peixe sem espinha, vegetais todos, brócolis, chuchu, abóbora, abobrinha verde, batata, cenoura, mandioca, mandioquinha, beterraba, cheiro verde, todas.” (+)
 B.2 I → “Ele come de tudo, tudo que coloca na boca ele come fruta, verdura..” (+)
 B.3 I → “caldo de feijão e arroz, dei batatinha e cenoura” “Não deixo comer carne ainda não” (-).

10- Colocar uma colher de sopa de óleo

- A.1 C → “...coloco também óleo, bem pouquinho, na panela..” (-)

- A.2C→“...colocava uma colher de café de óleo, bem pequenininha.” (-)
 A.3 C→ “Refoguei com cebola, uma colher de sopa de óleo” (-)
 A.4 C→ “...eu colocava um pouquinho de azeite” (-)
 A.1 I→ “Cozinhava no vapor e colocava um pouquinho de óleo..” (-)
 A.2 I→ “...coloquei menos de uma colherzinha, daquela bem pequenininha de óleo” (-)
 A.3 I→ “...um pouquinho de óleo em cima,[...]coloco meia colherzinha de chá..” (-)
 A.4 I→ “...uma colher de sopa de óleo ou azeite” (+)
 B.1 C→“...eu coloquei um pouquinho de óleo na panela..” (-)
 B.2 C→ “...coloquei também um colher de sopa de óleo” (+)
 B.3 C→ “Uso desde o começo uma colher de sopa de óleo” (+)
 B.4 C→ “colocava azeite nos primeiros dias,uma colherzinha de chá” (-)
 B.5 C → “Coloco uma colher de sopa de óleo” (+)
 B.1 I→ “...coloco bem pouquinho óleo, um colherzinha de sobremesa” (-)
 B.2 I→ “Eu coloco bem pouquinho óleo” (-)
 B.3 I→ “Eu colocava só um pinguinho de óleo” (-)

11- Utilização de óleo direto no prato

- A.1 C→ “...na panela, frita o alho e a cebola, bem pouquinho, refogo, depois coloco as verdura e deixo cozinhar” (-)
 A.2C→ “Coloco o óleo no pratinho dele” (+)
 A.3 C→ “Refoguei com cebola” (-)
 A.4 C→ “No início eu colocava um pouquinho de azeite por cima” “..faço refogado com óleo de soja, normal” (-)
 A.1 I→ “colocava um pouquinho de óleo em cima, no prato”. (+)
 A.2 I→ “...refoguei as verduras” (-)
 A.3 I→ “ Coloco meia colherzinha de chá, coloco cru na comida dele.” (+)
 A.4 I→ “ coloco uma colher de sopa, cru na comida dela, como a médica falou.” (+)
 B.1 C→ “...coloquei um pouquinho de óleo na panela, os legumes dentro, refoguei..” (-)
 B.2 C→ “... eu colocava o óleo no prato, já pronto” (+)
 B.3 C→ “...o óleo eu coloco quando amasso no prato.” (+)
 B.4 C→ “eu refogo a carne com o alho e a cebolinha, no óleo, coloco as verduras e coloco para cozinhar.” (-)
 B.5 C → “...refogo o peito de frango, coloco as verduras e ponho na panela de pressão para cozinhar.! (-)
 B.1 I→ “Coloco na panela, refogo com alho e cebola, já faço temperado”. (-)
 B.2 I→ “...bem pouquinho óleo, só uma gota para refogar” (-)
 B.3 I→ “...um pinguinho de óleo na panela, para refogar” (-)

12- Proporção de óleo (1 colher de sopa para 5 colheres de alimento)

- A.1 C→
 A.2C→
 A.3 C→
 A.4 C→
 A.1 I→
 A.2 I→
 A.3 I→
 A.4 I→
 B.1 C→
 B.2 C→
 B.3 C→
 B.4 C→
 B.5 C →
 B.1 I→
 B.2 I→
 B.3 I→

13- Oferecer os alimentos separados

- A.1 C→ “Só aquilo que ela vai comer de novidade que separa depois a gente mistura” (-)
 A.2C→“Dava separado, para ele ir descobrindo o sabor das verduras. Agora já dou misturado” (-)
 A.3 C→ ‘Comecei com 3 verduras, mas já coloquei carne moída junto com as verduras, frango desfiado, tudo junto “...eu amasso bem amassado e misturo tudo”. (-)
 A.4 C→ “Depois de um mês, quando ela já tinha acostumado com cada gostinho, aí eu misturava tudo” (-)
 A.1 I→ “Sempre dava feijão com abóbora” (-)
 A.2 I→ “...tudo misturado e ela gosta” (-)

- A.3 I→ “Eu pegava as verduras e cozinhava tudo junto e amassava.” (-)
 A.4 I→ “No início eu fazia tudo separado.. da comida da gente, agora eu coloco no meio do arroz” (-)
 B.1 C→ “...tudo separado, depois comecei a misturar, quando vi que ele gostava de tudo.” (-)
 B.2 C→ “No início eu amassei as cores separadinhas, para ela não misturar os sabores” (-)
 B.3 C→ “Sempre dei o alimento separado que é para ele aprender os sabores e não misturo” (+)
 B.4 C→ “...fiz no primeiro, segundo dia eu fiz depois eu parei e passei a cozinhar tudo junto” (-)
 B.5 C→ “No começo eu fazia separado, agora faço tudo junto e ele come bem” (-)
 B.1 I→ “...misturei tudo e ela já comeu.” (-)
 B.2 I→ “As verdurinhas dele eu cozinhava tudo junto” (-)
 B.3 I→ “No primeiro dia já comeu arroz com caldo de feijão.” (-)

15- Oferecer pelo menos 5 colheres de sopa de alimento

- A.1 C→ “...A menina do posto pediu para medir a comida que ela come, ela já tá comendo umas 6 colheres de sopa, cada vez.” (+)
 A.2C→
 A.3 C→ “ele está comendo já 4 colheres de sopa cheinha. A moça falou que eu anotasse..” (+)
 A.4 C→
 A.1 I→
 A.2 I→
 A.3 I→
 A.4 I→
 B.1C→ Ele come bem, acho que umas 4 ou 5 colheres da grande, às vezes umas 3 derramando. A moça falou para prestar atenção para dizer na próxima consulta.” (+)
 B.2 C→
 B.3 C→
 B.4 C→
 B.5 C→
 B.1 I→
 B.2 I→
 B.3 I→

16- Dar espaço de pelo menos 2 horas entre as refeições

- A.1 C→
 A.2C→
 A.3 C→
 A.4 C→
 A.1 I→
 A.2 I→
 A.3 I→
 A.4 I→
 B.1 C→
 B.2 C→
 B.3 C→
 B.4 C→
 B.5 C→
 B.1 I→
 B.2 I→
 B.3 I→

17- Ter paciência

- A.1 C→ “É importante insistir porque a criança quando vai comer pela primeira vez ela não aceita a comida na hora” (+)
 A.2C→ “Trabalhar com eles, ter paciência” (+)
 A.3 C→
 A.4 C→
 A.1 I→ “...ter paciência. Se ele se sujar não pode brigar..” (+)
 A.2 I→
 A.3 I→ “...tem que ter paciência” (+)
 A.4 I→
 B.1 C→ “...para ter paciência, parece que eles não estão gostando, da comida” (+)
 B.2 C→ “... colocava na boquinha dela e ela espirrava tudo, jogava fora . Eu achei que ela não ia aceitar” (+)
 B.3 C→ “...muita paciência.” (+)

- B.4 C → "...tem que ter paciência" (+)
 B.5 C → "... tenha bastante paciência(+)
 B.1 I →
 B.2 I → "...é só ter paciência de dar" (+)
 B.3 I →

18- Não utilizar clara do ovo no 1º ano de vida (v sarampo)

- A.1 C →
 A.2 C → "Fiz o ovo cozido, só a gema bem molinha" (+)
 A.3 C → "Eles falaram que é para dar metade da gema depois de 9 meses, a clara só depois de 10 meses" (-)
 A.4 C →
 A.1 I →
 A.2 I →
 A.3 I →
 A.4 I →
 B.1 C →
 B.2 C →
 B.3 C → "Ovo só dei metade da gema, a clara só depois de um aninho." (+)
 B.4 C → "...coloquei um pedacinho de ovo, ovo mole, só a clara." (-)
 B.5 C → "Não dei ovo ainda. A moça falou que dá problema na vacina de sarampo, só com 1 ano" (+)
 B.1 I →
 B.2 I →
 B.3 I →

19- Não dar biscoito/trigo 1º ano de vida

- A.1 C → "Ela come pão, biscoito" (-)
 A.2 C → "Biscoito ele já comeu e gosta" (-)
 A.3 C → "Come biscoito de maisena" (-)
 A.4 C → "...amasso um biscoito com leite" (-)
 A.1 I → "...biscoito de maisena no leite e ele come" (-)
 A.2 I →
 A.3 I →
 A.4 I → "...dei um biscoito." "dei pão de queijo para ela" (-)
 B.1 C → "Salgadinho eu não dou, essas besteiras, biscoito recheado, eu não dou, eles falam que não é bom" (+)
 B.2 C → "...eu estava dando muito biscoito.." (-)
 B.3 C → "Biscoito eu não dou, na palestra eles falaram para evitar trigo até 1 ano" (+)
 B.4 C → "Biscoito ela gosta daquele de polvilho" (-)
 B.5 C → "...lá na palestra elas falam que não é para dar estas coisas, dava aquele biscoitinho de maisena para ele, mas agora não dou muito mais não." (-)
 B.1 I → "...eu já estou dando biscoitinho, de maisena.." (-)
 B.2 I →
 B.3 I → "Comeu de tarde um pedaço de pão" (-)

20- Não dar leite e derivados no 1º ano de vida

- A.1 C → "... leite ninho com aveia, que ela toma, é mingau." (-)
 A.2 C → "Leite só o de peito. Nunca dei danoninho.."
 A.3 C → "Faço de cremogema com leite ninho"; " Já dei danoninho que é próprio para criança, tem ferro" (-).
 A.4 C → "... eu faço sempre leite com mucilon".. (-)
 A.1 I → "...às vezes dou danoninho para ele. " (-)
 A.2 I →
 A.3 I → "começou a tomar o babilac 4 vezes á noite" (-)
 A.4 I → "Iogurte eu dei uma vez.." (-)
 B.1 C → "Eu ainda não dei danoninho para ela, iogurte, essas coisas eu não dei" (+)
 B.2 C → "Nunca dei estas coisas, danoninho, iogurte.." (+).
 B.3 C → "...na palestra eles falaram para evitar trigo até 1 ano. Mesma coisa iogurte." (+)
 B.4 C → "a vitamina dela com o NAN SOY" "Já dei danoninho" (-)
 B.5 C → "...às vezes eu dou mucilon com leite ninho" (-)
 B.1 I → "Eles falam que a gente não deve dar iogurte, biscoito, mas eu dei iogurte, biscoito" (-)
 B.2 I → "Danoninho já comeu." (-).
 B.3 I → "Ela nunca tomou mamadeira de leite, faz muito mal" (+).

21- Utilizar temperos naturais e pouco sal

- A.1 C→ “Coloca a cebola e um pouquinho de sal” (+)
 A.2 C→ “colocava um pouquinho de sal” (+)
 A.3 C→ “pitadinha de sal e cebola.” (+)
 A.4 C→ “eu uso pouco sal..” (+)
 A.1 I→
 A.2 I→ “...alho e uma pitada de sal” (+)
 A.3 I→ “... um pouquinho de sal” (+)
 A.4 I→
 B.1 C→ “...joguei o arroz já cozido, do nosso com pouco óleo, e pouco sal” (+)
 B.2 C→ “Coloco um pouquinho de alho, cebola refogada” (+)
 B.3 C→ “pouco sal, só tempero natural, cebola, cheiro verde.” (+)
 B.4 C→ “[...]cozinho com bem pouco sal” (+)
 B.5 C→ “Coloco um pouquinho de alho e de cebola” (+)
 B.1 I→ “...porque a gente não usa muito óleo e sal aqui em casa.” (+)
 B.2 I→ “...um pouco de tempero, pouco de sal” (+)
 B.3 I→

22- Respeito ao gosto da criança

- A.1 C→ “... eu dou o que é diferente, uma novidade, sozinho, se ela gosta, eu misturo com os outros.” (+)
 A.2 C→ “Descobrir o que seu filho gosta, é muito importante” (+).
 A.3 C→ “Ele come e gosta..” (+).
 A.4 C→ “Porque hoje eu sei que ela gosta mais de batata doce, cenoura, não é muito chegada em beterraba.” (+).
 A.1 I→ “Tem criança que não gosta de tudo amassado demais, ver como é a criança dela.”
 A.2 I→ “escolhendo a verdura que ele gosta” (+)
 A.3 I→ “...descobri que ele não gosta de beterraba” (+)
 A.4 I→ “Ela comia e gostava. A única coisa que ela não comia muito era o mamão, até hoje ela não gosta.” (+)
 B.1 C→ “...para ver se ele gostava, pra acostumar com o gosto” (+)
 B.2 C→ “Tanto que agora ela conhece, ela não enjoa” (+).
 B.3 C→ “...porque se tiver algo que ele não gosta não vai comer nada.” observar como é seu filho, das coisas que ele gosta “(+)
 B.4 C→ “sempre trocando, para ela aprender o sabor” “suco de acerola., que ela adora” (+)
 B.5 C→ “No começo dar a verdura separada para você conhecer o que eles gostam, depois pode misturar” (+).
 B.1 I→ “Eu já comprei aquela sopinha da nestlé para levar, mas ela não gosta daquilo” (+)
 B.2 I→ “Mas ele não gosta muito não..” (+)
 B.3 I→ “Ela fica doidinha pra mim dar para ela..” (+)

23- Utensílio próprio da criança-prato, colher e copo.

- A.1 C→ “...coloco no pratinho e dou para ela com a colherzinha de plástico, para não machucar.” (+)
 A.2 C→ “...dou com a colherzinha dele”; “coloquei no pratinho dele” (+)
 A.3 C→ “no pratinho dele.” (+)
 A.4 C→ “eu dou nesse copo aqui, que é dela” (+)
 A.1 I→ “...no prato dele” (+)
 A.2 I→ “Dou na colher a comida e suco no copo dela” (+)
 A.3 I→ “Ter o pratinho dele..” (+)
 A.4 I→ “E também das coisinhas separada, a colher, o copinho e a panelinha.” (+)
 B.1 C→ “Que tem que comprar o pratinho, o copo e a colher dele” (+)
 B.2 C→ “...eu comprei este copinho com tampinha” (+)
 B.3 C→ “...toma no copinho dele” (+)
 B.4 C→ “...eu colocava o azeite no prato dela” (+)
 B.5 C→ “...ele toma no copo dele” (+)
 B.1 I→ “...eu dou no copo dela” (+)
 B.2 I→ “...com a colherzinha dele” (+)
 B.3 I→ “...dá para as crianças, no prato deles..” (+)

24- Pessoa de referência - com quem conversou sobre a introdução de alimentos não lácteos na dieta da criança

- A.1 C→ “No dia da consulta dela.. a moça lá ensinou como dava a comida, como fazia a comida, na palestra ela ensinou”
 A.2 C→ “Conversei com a médica do posto”
 A.3 C→ “Assisti a palestra no posto da 14, ele consulta lá. A moça explicou tudinho”
 A.4 C→ “eu tive a palestra no postinho, só que a palestra veio tardia, porque a palestra no postinho é com seis

meses e eu já tinha começado a comidinha dela.”

A.1 I→“...com a minha sogra...”

A.2 I→“Fiz com ela como eu já sabia”.

A.3 I→“A médica explicou tudinho”; “Só com a médica mesmo”.

A.4 I→“Com a pediatra dela, que acompanha ela, só com ela”.

B.1 C→“Eu participei das palestras, participei de 3 palestras, sempre tem”.

B.2 C→“...eu fiz exatamente como a pediatra e o pessoal da palestra ensinou”

B.3 C→“Eu assisti à palestra no Centro de Saúde sobre introdução de novos alimentos e eu fiz exatamente como eles ensinaram”

B.4 C→“...fui na reunião...”

B.5 C→“...só na palestra”

B.1 I→“Só com a pediatra lá do postinho, ela ensinou muita coisa”

B.2 I→“...fiz como fiz com o meu outro filho...”

B.3 I→“Eu falei com a menina que mora do lado e minha cunhada”

APÊNDICE I - Distribuição sócio-demográfica das usuárias /mães que participaram da entrevista – n =16

ID	Idade da mãe	Estado civil	Escolaridade (anos)	Trabalho	Aleitamento materno	Sexo da criança	Tipo de orientação	U S
A.1C	48	casada	11	sim	Não	F	coletiva	A
A.2C	23	casada	11	não	Sim	M	coletiva	A
A.3C	34	solteira	11	não	Sim	M	coletiva	A
A.4C	18	casada	13	sim	Não	F	coletiva	A
A.1 I	22	casada	9	não	Não	M	Individual	A
A.2 I	30	casada	11	não	Sim	F	Individual	A
A.3 I	22	Mora junto	8	não	Não	M	Individual	A
A.4 I	22	casada	8	não	Sim	F	Individual	A
B.1 C	23	casada	5	não	Sim	M	coletiva	B
B.2 C	24	casada	10	não	Sim	F	coletiva	B
B.3 C	31	casada	14	não	Sim	M	coletiva	B
B.4 C	39	divorciada	11	sim	Al misto	F	coletiva	B
B.5 C	21	casada	4	não	Sim	M	coletiva	B
B.1 I	28	casada	11	não	Sim	F	Individual	B
B.2 I	34	casada	7	Sim	Al misto	M	Individual	B
B.3 I	36	Mora junto	0	não	Sim	F	Individual	B

U S: unidade de saúde Al misto: aleitamento materno misto