



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva

ANA AMÉLIA DA ROCHA SALES

PRÁTICAS MATERNAS NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA
INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA

FORTALEZA
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA AMÉLIA DA ROCHA SALES

PRÁTICAS MATERNAS NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA
INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA

Dissertação submetida a Universidade de Fortaleza- UNIFOR, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota

Grupo de Pesquisa: Cultura e Humanização do Cuidado.

Linha de Pesquisa: Cultura e Humanização em Saúde.

Núcleo de Pesquisa Estudo em Saúde da Criança (NUPESC).

FORTALEZA

2008

ANA AMÉLIA DA ROCHA SALES

**PRÁTICAS MATERNAS NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA
INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA**

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota
Presidente

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado
1º. Examinadora

Prof.^a Dr.^a Karla Maria Carneiro Rolim
2º. Examinadora

Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations
Suplente

Aprovado em ___/___/___

Dedico este trabalho a Deus, Fonte Espiritual de Inspiração, que une e integra todas as formas de vida; Princípio Criador e Unificador.

AGRADECIMENTOS

Aos Meus Pais, Francisco Sales Dantas e Hercília Tomaz da Rocha Sales, por todo amor e por transformar os meus sonhos em realidade.

Aos Meus Irmãos, João Paulo da Rocha Sales e Francisco Sales Dantas Júnior, por terem me apoiado e me incentivado em todo o meu trabalho.

À Minha Tia-Mãe e Grande Amiga, Maria José da Rocha, pelo carinho, dedicação e incentivo, fortalecendo-me no decorrer dessa caminhada.

Ao Meu Noivo, Said Gadelha Guerra Júnior, pelo amor, dedicação, força nos momentos mais difíceis e importantes da minha vida; pela compreensão nos períodos de exaustão; entendendo as horas ausentes de convivência e apoiando-me em todos os momentos desta jornada e pelo sentido que dar-lhe em minha vida, sou muito grata.

A toda minha família, pelos princípios ensinados e valores demonstrados durante toda minha existência.

À Minha Orientadora e Amiga, Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota, com quem muito aprendi como Pesquisadora e Ser Humano. Para mim, foi um privilégio haver convivido por dois anos em inúmeras discussões teóricas e compartilhar de nossas vidas, que com Competência e Profissionalismo, tornou possível a realização desta Dissertação.

Aos Membros da Banca, Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado, Prof.^a Dr.^a Karla Maria Carneiro Rolim e a Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations, pela Atenção, Dedicação, Participação e Contribuição para o desenvolvimento desse momento tão Especial.

À Universidade de Fortaleza - UNIFOR, por ser aluna desta Instituição que qualifica tão bem os profissionais para o futuro.

A Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva, Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, por ser uma Mulher de Força e Determinação, com competência no campo profissional e sobretudo, por ser uma pessoa humana de indizível valor.

Aos colegas do Mestrado em Saúde Coletiva, que compartilharam esta longa Caminhada, onde fomos solidários em muitos momentos inesquecíveis e agradeço o aprendizado de vida e o aporte científico vividos.

As amigas que conquistei nessa caminhada: Conceição de Maria de Albuquerque e Mariana Cavalcante Martins, que sempre estiveram juntas, apoiando e dividindo os ensinamentos.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, pelo muito que aprendi com cada um deles, pela parceria e pelos agradáveis momentos compartilhados durante esta trajetória, que foram fundamentais na conclusão dessa etapa da minha vida.

A Cleide, Tânia, Abreu, Vitor e Wildson, funcionários do Mestrado, pela grande contribuição e o apoio sempre presentes em todos os momentos desta jornada.

Ao Dr. Ricardo Benevides e à Dr.^a Lara Maria Gurgel, Secretário de Saúde e Coordenadora do Programa de Saúde da Família do Município de Pacatuba, pelo incentivo e apoio em disponibilizar horas do meu tempo de trabalho para dedicação ao Mestrado em Saúde Coletiva.

A Maria Lúcia Santos Moraes e Viviane de Sousa Jerônimo Camilo, Coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde do Município de Pacatuba, onde realizei minha pesquisa, pelo apoio e colaboração no levantamento dos prontuários utilizados no trabalho.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, Rejane, Cristiane, Yana e Gisele, pelo pensamento positivo, incentivando-me e apoiando-me desde o momento que nos conhecemos.

Aos sujeitos da pesquisa, pela confiança, carinho e generosidade em participarem do estudo, revelando suas histórias de vida e abrindo seu espaço a minha presença.

A todos os que fazem parte do Núcleo de Pesquisa Estudo em Saúde da Criança – NUPESC, que crescem comigo, dia após dia como pesquisadores.

E finalmente, a todos aqueles que, de qualquer forma, contribuíram para o alcance dos meus objetivos, acreditando e vencendo juntamente comigo. Obrigada.

“É graça Divina começar bem. É graça maior persistir na caminhada certa. Mas a graça das graças é não desistir.”

Dom Hélder Câmara

RESUMO

A amamentação é biologicamente determinada e socioculturalmente condicionada, composta por um ato formado por ideologias e determinantes, que derivam das condições e do estilo de vida, sendo fator primordial para o crescimento e desenvolvimento do bebê. As crenças maternas em relação a alimentação de lactentes de zero a seis meses tem repercussões ao longo da vida do indivíduo. A pesquisa teve como objetivos investigar as causas da inserção da alimentação complementar precoce por primíparas de crianças na faixa etária de zero a seis meses; descrever as práticas culturais alimentares utilizadas pelas mães de crianças na faixa etária de zero a seis meses; identificar as dificuldades enfrentadas pelas mães no processo de amamentação e verificar como as redes de apoio influenciavam no processo de amamentação. O caminho metodológico teve a abordagem qualitativa, com o emprego do estudo etnográfico, desenvolvido durante os meses de março a agosto de 2008. As informantes da pesquisa foram dezoito mães primíparas das crianças de zero a seis meses, que não estavam em aleitamento materno exclusivo, atendidas na consulta de puericultura, nas UBASFs da Unidade Mista ou da Associação do Jereissate III, no município de Pacatuba – Ceará. Para a coleta dos dados, utilizou-se entrevista semiestruturada e diário de campo. Os resultados foram analisados e refletidos mediante os princípios que norteiam as técnicas de análise temática de Bardin, emergindo as categorias: Eu uso alimentação complementar para acalmar o bebê, porque ele não se satisfaz só com a mama; A alimentação complementar ajuda a crescer, desenvolver e engordar o bebê, evitando doenças; Dificuldades enfrentadas no processo de amamentação; Alimentos que não são inseridos na alimentação infantil e Influência das redes de apoio na alimentação. Pôde-se evidenciar que as primíparas demonstraram insegurança diante da amamentação exclusiva e que a influência do estilo de vida colaborou para as decisões tomadas quanto ao desmame precoce, devido a individualidade de cada participante, mediante a cultura enraizada na comunidade e em virtude da alimentação complementar estar diretamente associada a outros nutrientes considerados saudáveis para o recém-nascido, além das dificuldades relacionadas com a estética, comodidade e lazer diante da amamentação exclusiva.

Palavras- Chave: Amamentação; Alimentação Complementar; Etnografia; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Breastfeeding is biologically determined and sociocultural conditioned, consisting of an act made up of ideologies and influences, arising from conditions and lifestyle, being the primary factor for growth and development of the baby. The maternal beliefs regarding the feeding of infants from 0 to 6 months has an effect over the life of the individual. The study aimed to investigate the causes of insertion of complementary feeding early in primiparae of children in the age group 0 to 6 months, describing the food cultural practices used by mothers of children aged 0 to 6 months; identify the difficulties faced by mothers in the process of breastfeeding and see how the support networks affect the process of breastfeeding. The path had the methodological quality approach, with the use of ethnographic study, developed during the months of March until August 2008. The informants of the research were eighteen primiparous mothers of children 0 to 6 months, which were not exclusively breast fed attending the consultation of child welfare in UBASFs of the Unit or the Joint Association of Jereissati III, in the Municipality of Pacatuba- Ceara. For data collection, used a semi-structured and daily camp. The results were analyzed and reflected upon the principles that guide the technical thematic analysis of Bardin, emerging categories: I use complementary feeding to calm the baby, because he not only meets with the breast; The complementary feeding help to grow, develop and fatten the baby, preventing diseases; Difficulties experienced in the process of breastfeeding; Foods that are not included in infant feeding and influence of support networks for feeding. It was evident that the primiparous show insecure from of exclusive breastfeeding and that the influence of the lifestyle cooperating for the decisions taken on the early weaning because the individuality of each participant through the culture rooted in the community and to the complementary feeding is directly associated with other nutrients to be healthy for the newborn, apart from problems related to the aesthetics, comfort and leisure in front of exclusivebreastfeeding.

Key words: Breastfeeding, Complementary Feeding; Ethnography; Health Promotion.

SUMÁRIO

1 O PROBLEMA DA PESQUISA	12
1.1 Introdução.....	13
1.2 Objetivos	15
2 O CONTEXTO DA TEMÁTICA	16
2.1 A Importância do Aleitamento Materno na Promoção da Saúde ..	17
2.2 Alimentação Complementar e sua Influência na Saúde dos Lactentes.....	19
2.3 O Papel Relevante da Promoção da Saúde	21
2.4 A Relação da Antropologia com a Etnografia na Saúde	24
3 PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1 Tipo e Abordagem de Estudo	28
3.2 Cenário da Pesquisa	30
3.3 Informantes da Pesquisa	31
3.4 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados	38
3.5 Organização e Análise dos Dados	40
3.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	42
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
4.1 Criando Vínculos na Visita Domiciliar	44
4.2 Apresentação e Análise das Categorias	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	79
ANEXO	84

1 O PROBLEMA DA PESQUISA

1 O PROBLEMA DA PESQUISA

1.1 Introdução

A experiência do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Pacatuba, local que trabalho há dois anos, como enfermeira, por meio da consulta mensal de puericultura, levou a inquietações diante da percepção da ausência do aleitamento materno exclusivo (AME) nos lactentes de 0 a 6 meses, principalmente em relação as mães primíparas, no qual havia a inserção da alimentação complementar, causando malefícios a médio e longo prazos aos lactentes.

Diante dessa questão, surgiu o interesse pelo tema, devido a necessidade de conhecer as práticas culturais maternas em relação a alimentação dessas crianças, que é a base para o desenvolvimento saudável do lactente, investigando as causas do início da alimentação complementar. Conforme Rea (2003), embora exista o conhecimento de diversas mães acerca do valor do aleitamento materno, é pequeno o índice daquelas que proporcionam de modo exclusivo para o lactente.

Sendo enfermeira e nutricionista, o Mestrado em Saúde Coletiva, oportunizou o desenvolvimento de idéias com objetivos e metas acerca da descoberta dos motivos da introdução da alimentação complementar das crianças na faixa etária de 0 a 6 meses, verificando as práticas alimentares maternas utilizadas por essas crianças e identificando os fatores culturais relacionados a falta de adesão ao aleitamento materno exclusivo. Aprofundando as idéias durante leituras exaustivas, assim como a participação nas discussões do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde da Criança - NUPESC, tal situação desencadeou uma reflexão crítica e questionadora sobre a temática.

A alimentação é fator primordial para o crescimento do bebê e formação de jovens e adultos. A família apresenta relação direta na cultura e tem papel indispensável na estimulação das práticas alimentares adequadas do lactente nos primeiros meses de vida, sendo fundamental o apoio necessário nesse momento crucial e que irá determinar conseqüências, que podem ser positivas ou negativas, para a vida dessas crianças.

Na saúde da criança, há uma elevada inter-relação entre a promoção e a educação em saúde, porque as ações executadas em todos os níveis de atenção básica, além de prevenir e/ou tratar patologias, também, enfatizam e orientam quanto ao desenvolvimento infantil adequado (QUEIROZ, JORGE, 2006).

As crenças maternas em relação a alimentação de crianças na faixa etária de 0 a 6 meses tem repercussões ao longo da vida do indivíduo, pois é essencial o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até os primeiros seis meses. Segundo Vaitzman, (2000), a cultura de um determinado local é observada por meio das percepções e padrões de comportamento não palpáveis, mobilizando o grupo para atuar em certas direções, na qual algumas situações tornam-se difíceis de serem verificadas e captadas, ainda que tomadas como evidentes.

Na maioria das vezes, as mães desconhecem e não valorizam o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, seguindo os conselhos dos vizinhos, das avós e dos maridos com relação as práticas alimentares, incluindo alimentos desnecessários para lactentes menores de seis meses, como as fórmulas infantis, sucos de frutas e sopas liquidificadas. Na puericultura, as mães revelam incertezas e tabus alimentares em relação aos tipos de alimentos que deviam ser oferecidos à criança.

Nas visitas domiciliares e na consulta mensal de puericultura, o profissional de saúde avalia a cultura alimentar mais utilizada pelas mães das crianças, no qual era discutido e explicado sobre o valor do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e a introdução da alimentação complementar após esse período, mostrando as principais fontes de alimentos necessárias para a criança.

Ressalta-se que o objetivo da puericultura é acompanhar o desenvolvimento da criança sadia, iniciando desde o nascimento até dois anos, sendo detectado precocemente distúrbios em relação a nutrição e ao desenvolvimento neuropsicomotor. O profissional supervisiona a administração do esquema de vacinação do lactente, contra doenças comuns na infância, como a poliomielite, o rotavírus, o tétano, a difteria, a coqueluxe, a varicela, entre outras,

além de orientar em relação a higiene, nutrição e a estimulação do bebê de forma adequada, trazendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. De acordo com Bueno, Teruya (2004), o profissional de saúde deve orientar por meio da técnica de aconselhamento, auxiliando a mãe a tomar decisões adequadas para a saúde do bebê, além de adquirir autoconfiança com a prática da amamentação.

O presente estudo desencadeia melhorias na saúde infantil, mediante a descrição e avaliação da cultura alimentar materna, em relação as crianças na faixa etária de 0 a 6 meses, diante da compreensão dos aspectos culturais que influenciam uma dieta adequada à criança, para subsidiar nas estratégias de educação e promoção à saúde.

1.2 Objetivos

- Investigar as causas da inserção da alimentação complementar precoce por primíparas de crianças na faixa etária de zero a seis meses;
- Descrever as práticas culturais alimentares utilizadas pelas mães;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelas mães no processo de amamentação;
- Verificar como as redes de apoio influenciavam no processo de amamentação.

2 O CONTEXTO DA TEMÁTICA

2 O CONTEXTO DA TEMÁTICA

2.1 A Importância do Aleitamento Materno na Promoção da Saúde

A amamentação é biologicamente determinada e socioculturalmente condicionada, composta por um ato formado por ideologias e determinantes que derivam das condições e do estilo de vida, tornando-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a modificaram para um ato regulável pela coletividade. A ambigüidade amamentação/desmame pode ser avaliado como um embate entre saúde e doença, no qual estão associados com variáveis econômicas e sociais, sendo de extrema preocupação da saúde coletiva os malefícios ocasionados pelo desmame precoce (ALMEIDA, 2002).

O leite materno é o alimento indispensável para os lactentes após o nascimento, desencadeando diversas vantagens para o recém-nascido, tanto com relação ao valor nutricional e imunológico, como também diante do fator emocional, beneficiando e aumentando o vínculo mãe-filho (BOSI, MACHADO, 2005).

O recém-nascido em aleitamento materno exclusivo alimenta-se exclusivamente do leite humano, sem a introdução de outro alimento líquido ou sólido, inclusive água, com exceção de medicamentos e vitaminas. O crescimento e o desenvolvimento do lactente está inteiramente influenciado pela amamentação, em especial durante o primeiro ano de vida (SANTOS, SOLER, AZOUBEL, 2005; BRAGA, MACHADO, BOSI, 2008).

A prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, com a utilização da alimentação complementar após essa faixa etária e a continuação do leite materno até os dois anos, constituem o modo apropriado de garantir o adequado desenvolvimento físico, mental e motor da criança (OLIVEIRA *et al*, 2005)

Estudos relatam que a implementação de estratégias da promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária a saúde, quando aplicados na assistência à gestante e ao binômio, mãe-bebê, contribui para a expansão do aleitamento materno exclusivo no âmbito

mundial. O aleitamento materno é um direito da criança e da mãe, a quem compete a opção do modo mais adequado de cuidar da alimentação do filho, que é influenciada pela família e o ambiente em que se encontra, por meio do contexto biológico, psicológico e social (OLIVEIRA, CAMACHO, 2002; VANNUCHI, *et al* 2004).

É indispensável o aleitamento materno exclusivo devido os primeiros meses do lactente serem constituídos de momentos fundamentais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Bebês alimentados no peito combatem melhor as barreiras e dificuldades da infância, que aqueles alimentados com alimentação complementar precoce. Conforme Osis *et al* (2004), repassar informações adequadas sobre amamentação, abordando sobre a importância e a responsabilidade materna, promove o incentivo do ato de amamentar de forma exclusiva até os seis meses.

O aleitamento materno está relacionado aos aspectos biológico, histórico, social e psicológico, pois as crenças alimentares estão exercendo crescente influência na sua prática. A amamentação é uma das principais estratégias de intervenção nutricional para que a mãe possa garantir a saúde de seu filho. No Brasil, surgem diversos programas de estímulo ao aleitamento materno, mas ainda apresentam baixos índices de amamentação exclusiva até o sexto mês (ICHISATO, SHIMO, 2001; FRACOLLI *et al*, 2003).

Segundo Brasil (2001), estudos abordando a prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no ano de 1999, apontou uma elevada disparidade acerca da prática da amamentação no Brasil, no qual a média do aleitamento exclusivo foi de 34 dias, alterando de 8,3 dias em Cuiabá a 77,3 dias em Fortaleza.

As orientações durante o pré-natal sobre o aleitamento materno são determinantes para a segurança da mãe em amamentar o filho, permitindo tirar as dúvidas e fazer uma reflexão mediante essa prática, adquirindo conhecimento acerca da preparação para o manejo da lactação e dos direitos maternos. É fundamental verificar os fatores relacionados a amamentação de acordo com o estilo de vida e o cotidiano de cada mãe, subsidiando a seleção de estratégias mais eficazes de promoção do aleitamento materno (DAMIÃO, 2008).

O leite materno contém os nutrientes necessários, tanto em qualidade como em quantidade, para proporcionar um desenvolvimento apropriado ao lactente. Diversos

trabalhos publicados na última década mostram que os benefícios são indispensáveis para o lactente e que cada mamada equivale a uma vacina, mediante a eficácia dos fatores de proteção do leite humano, enfatizando sua ação em patologias que merecem atenção especial na saúde pública, como dengue e cólera, cujos agentes causais são combatidos com eficiência pelos constituintes compostos no leite humano (ALMEIDA, 2002). Outra vantagem do aleitamento materno é aumentar o vínculo afetivo mãe-bebê, passando segurança, confiança e conforto para o filho.

Na consulta de puericultura é preconizado que no primeiro ano as crianças sejam avaliadas mensalmente, no qual é enfatizado à importância do aleitamento materno exclusivo durante os seis meses iniciais. Deste modo, nesse período toda mãe deveria ter obtido no mínimo seis oportunidades de incentivo à amamentação exclusiva, abordando os cuidados básicos com a amamentação, informando sobre a importância das fases da mamada para o recém-nascido (FALEIROS, *et al*, 2005).

A decisão de amamentar está relacionada a importância nutricional do leite materno para que haja a promoção e manutenção da saúde do recém-nascido. Entretanto, a motivação, empenho e perseverança, estabelecidos por meio das relações influenciam, dando apoio as barreiras oferecidas na amamentação (VIEIRA *et al*, 2004; MACHADO, BOSI, 2008).

Conforme Coutinho, Lima, Ashworth, Lira (2005), as mães que amamentam exclusivamente os filhos no período de seis meses, apresentam resolutividade e decisão, excedendo diversas barreiras, tanto de modo subjetivo, pessoal como material, mediante as pressões familiares e as orientações repassadas pelos profissionais de saúde.

O conhecimento científico sobre a amamentação exclusiva evidencia as propriedades indispensáveis do leite humano, abordando sobre o processo da lactação. Contudo, a predominância do aleitamento materno nas últimas décadas é vista como a junção de fatores biológicos, culturais e sociais (NAKANO, 2003).

2.2 Alimentação Complementar e sua Influência na Saúde dos Lactentes

A puericultura prioriza a saúde da criança até dois anos, contemplando a promoção da saúde infantil, prevenindo doenças, por meio de orientações nutricionais, como o período mais adequado do início da alimentação complementar, oferecendo medidas preventivas mais

eficazes, no sentido de manter a criança saudável, com o objetivo de garantir o pleno crescimento e desenvolvimento (CIAMPO *et al*, 2006).

Na alimentação complementar, há a introdução de alimentos nutritivos, líquidos ou sólidos, oferecidos ao lactente após os seis meses, juntamente com o leite materno, sendo utilizados para atender às necessidades da criança nesse período, apresentando alimentos variados e consistência modificada (GOMES, KANAKO, 2007).

Apesar da baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil, observou-se um progresso nos indicadores da amamentação. Outrora, os alimentos complementares eram conhecidos por alimentos de desmame, no qual atualmente recomenda-se evitar o uso desses termos, pois podem ser interpretados como alimentos substitutos do leite materno, provocando diminuição excessiva da amamentação (GOMES, KANAKO, 2007; FERREIRA, PARADA, CARVALHAES, 2007).

No Brasil, a alimentação das crianças procedeu da história política, econômica e cultural, compreendendo o tipo de colonização ocorrida, mediante a cultura indígena, européia e africana. Nos colonizadores europeus, não existia distinção entre as dietas do adulto e da criança, na qual a administração de papas ocorreu com a presença da mulher africana. As relações comerciais na Europa, devido à exportação do açúcar, favoreceram a incorporação da puericultura, dando início ao processo de desapropriação do saber popular sobre alimentação infantil pelas ciências médicas (TAKUSHI *et al*, 2006).

Estudos analisados na região Sudeste do Brasil, mostraram a influência do trabalho e da escolaridade no início precoce da alimentação complementar, verificando que as mães que não trabalhavam fora e tinham ensino superior apresentaram oportunidade 2,73 vezes maior de amamentar de modo exclusivo do que aquelas que trabalhavam e eram analfabetas (BRASIL, 2001).

O crescimento e desenvolvimento adequados da criança requer uma alimentação saudável, rica em calorias e vitaminas, isenta de contaminação, fácil de ser consumida pela criança e em quantidade apropriada (GIUGLIANI, VICTORA, 2000).

De acordo com Oliveira *et al*, (2005), a adoção da prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, o oferecimento oportuno de alimentos complementares após essa idade, e a manutenção do aleitamento ao peito por 24 meses constituem mecanismos capazes de assegurar o bom desenvolvimento físico, neurológico e motor da criança.

Já Nóbrega, Campos, Nascimento, (2000), o crescimento, a saúde e o desenvolvimento têm relação direta com a ingestão e digestão dos alimentos, observando que os distúrbios nutricionais apresentam um singular significado, face a baixa condição socioeconômica de grande parte da população brasileira, justificando, altos níveis de desnutrição infantil e de baixa estatura.

A desnutrição infantil ainda se configura como importante problema de saúde pública, especialmente em crianças menores de cinco anos. Esta situação, não é o resultado da carência exclusiva de alimentos, e sim, uma relação multifatorial, envolvendo aspectos de natureza clínica e sócio-econômica-cultural. A exemplo, a contaminação dos alimentos complementares é comum nos países em desenvolvimento, devido a ausência de saneamento básico, higiene pessoal e utilização dos utensílios domésticos de forma inadequada, favorecendo a proliferação de bactérias patogênicas (GIUGLIANI, VICTORA, 2000; SARNI *et al*, 2005).

2.3 O Papel Relevante da Promoção da Saúde

A promoção da saúde surgiu inicialmente no começo do século XX, por Henry Sigerist, que foi um dos mais importantes sanitaristas, que desenvolveu e aperfeiçoou as quatro funções da medicina, que foram a promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Deste modo, a promoção da saúde constituía-se como as ações de educação em saúde e estruturais do Estado, para beneficiar e aprimorar as condições de vida por meio de uma concepção holística acerca da multicausalidade do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2006).

Em consonância com Queiroz, Jorge (2006), essas ações devem ser incorporadas mediante táticas que envolvam o lactente e a família, como responsável pelo futuro da criança

e detentora de uma cultura com princípios que não podem ser rejeitados, mas aprimorado e/ou ajustado ao saber científico dos profissionais da saúde. Existem muitas barreiras e obstáculos para serem encarados, de modo que as ações de promoção da saúde sejam implementadas de acordo com um novo paradigma, que não priorize exclusivamente a doença e que seja aperfeiçoado os conceitos e soluções facilitadoras na saúde da criança.

É uma estratégia promissora para enfrentar os diversos problemas de saúde que surgem na comunidade, no qual é proposto a junção dos saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, para o acompanhamento e resolução das dificuldades. Incentiva o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para trabalhar com a os condicionantes da saúde. (BUSS, 2000; CZERESNIA 2003). Surge como uma tentativa de transformação, de fundamental importância para a atenção na saúde da criança e nos serviços de saúde, desencadeando mudanças para o surgimento de comportamentos saudáveis.

Para Oliveira, Camacho, (2002), o apoio promovido pela atenção básica de saúde para a promoção, proteção e incentivo a amamentação tem sido incipiente com relação a atual organização, apesar da função importante destes serviços na área materno-infantil.

A saúde coletiva facilita a evolução das práticas de saúde, sendo vista como instrumento indispensável, na medida que incorpora meios com a finalidade de enfatizar a atenção ao sujeito e sua coletividade. O Programa Saúde da Família (PSF) apresenta como diretrizes o trabalho em equipe multiprofissional e a participação e o controle social, de modo democrático, favorecendo o envolvimento da comunidade e acarretando muitos benefícios para os mesmos (CREVELIM, PEDUZZI, 2005; SÁNCHEZ, BERTOLOZZI 2007).

Os serviços de saúde apresentam como objetivo, atender as necessidades de saúde dos grupos sociais, através do direito universal e para isso, é necessário atuar por meio das políticas públicas de saúde da população, com o apoio dos gestores e dos órgãos financiadores (CIAMPOS, MISHIMA, 2005).

Por sua vez Benevides, Passos, (2005), o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como consequência de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira, devido a movimentos de

resistência à ditadura militar. Na área da saúde, durante os anos 60, 70 e 80, foram marcados por lutas que desencadearam no Movimento da Reforma Sanitária, com o surgimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, por meio da Constituição de 1988, na qual a saúde passou a ser direito de qualquer cidadão e dever do Estado. Através de debates, tratou-se de avaliar os poderes instituídos e o modo de trabalhar a atenção e gestão em saúde, por meio da qualificação das práticas de saúde.

A equidade no planejamento das políticas da saúde é indispensável para a formação de um sistema de saúde resolutivo, adequado as necessidades reais da população, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Na década de 90, realizaram debates abordando sobre a formulação e implantação das políticas públicas de saúde no SUS, para modificar as condições de saúde da população (PELEGRINI, CASTRO, DRACHLER, 2005; MARSIGLIA, SILVEIRA, CARNEIRO JUNIOR, 2005).

Segundo Sánchez, Bertolozzi (2007), a interpretação da saúde-doença aborda também a dimensão subjetiva, que descreve os significados que as pessoas atribuem aos acontecimentos da vida e desse modo, reflete nos comportamentos e condutas abordadas pelos indivíduos.

A estratégia saúde da família surgiu como um método para a reorganização do modelo dos serviços de saúde vigentes, para que haja resolutividade, mediante as necessidades dos usuários. Um dos principais avanços foi trabalhar de forma mais centrada na coletividade, avaliando além do estilo de vida do indivíduo, a família, que passa a ser o campo de atuação dos profissionais da saúde (OLIVEIRA, 2000; VANDERLEI, ALMEIDA, 2007).

O PSF oferece apoio para articulações intersetoriais e motiva o surgimento de outros ambientes, indivíduos e linguagens nas práticas assistenciais, juntamente com os aspectos socioculturais do processo saúde-doença, com o realce dado à promoção da saúde, por meio da interação entre diversas disciplinas e áreas do conhecimento. Deve ser estruturado com base na busca de transformações comportamentais e culturais, a cerca do processo saúde-doença, analisando as práticas culturais mais relevantes juntamente com as estratégias usadas pela família diante do enfrentamento dos problemas de saúde e para que isso ocorra, é

fundamental a análise mais aprofundada da família, vista como um agente social de mudanças (TRAD, BASTOS, 1998; AYRES, 2005).

De acordo com Marsiglia, Silveira, Carneiro Junior (2005), a estratégia de implantação do SUS através do PSF oferece como característica imediata a expansão dos serviços e do direito de acesso à saúde, sendo indispensável na reestruturação da atenção básica.

Trabalhar com humanização é acolher o indivíduo de forma adequada e resolutiva, por meio do diálogo, mediante a busca do conhecimento das necessidades da comunidade, sendo de fundamental importância para a qualificação de práticas, como o acolhimento de forma integral e equânime, com democratização e controle social participativo (TEIXEIRA, 2005; BENEVIDES, PASSOS, 2005).

2.4 A Relação da Antropologia com a Etnografia na Saúde

A antropologia da saúde é um tema recente na área acadêmica, mas apresentou crescimento elevado nas últimas décadas, despertando interesse aos profissionais da saúde e instituições de ensino e pesquisa, evidenciando uma ampla produção de periódicos publicados nos Estados Unidos, Canadá França e Inglaterra (ALVES, MINAYO, 2004).

Previamente, ao final do século XIX, o antropólogo e etnógrafo eram pesquisadores com pensamentos e idéias diferentes, no qual respectivamente, um criava as teorias universais sobre a humanidade e o outro descrevia e explicava a cultura de um determinado grupo social. Posteriormente, essa visão vem transformando-se, com uma maior proximidade e inter-relação entre os mesmos. Essa ciência modificou-se lentamente das características hierarquizantes que possuía, transformando-se em um conjunto de dados, com o intuito de descrever e interpretar o comportamento humano, cada vez mais próximo da realidade observada, mediante conceitos e narrações de situações diversas (CLIFFORD, 2002; ACHUTTI, 2004).

Um instrumento indispensável da antropologia para a compreensão do cotidiano do indivíduo, dá-se mediante a cultura expressada pelo modo como a diferença é refletida e

idealizada pelo outro, sendo entendida pelo conjugado de normas, que dá significado às práticas e a visão do mundo de um determinado grupo social (KUPPER, 2002).

Segundo Deslandes, Gomes (2004), apresenta referenciais teóricos para a pesquisa qualitativa nos serviços de saúde devido ter realizado inúmeros estudos mais complexos, abordando e analisando os processos da origem da doença e o reconhecimento cultural entre o paciente, promovendo e oferecendo as ações terapêuticas. Mediante a Antropologia, é desencadeado uma melhor compreensão de como os indivíduos, em diversas culturas e grupos sociais esclarecem a ocorrência da doença, os tratamentos que oferecem confiança e a quem recorrem ao se sentirem incapazes, enfatizando os aspectos físicos, psíquicos, individuais, sociais e ambientais.

Segundo Alves, Minayo (2004), no Brasil, nas últimas décadas, estão evoluindo estudos abordando temas como alimentação, saúde, doença e crenças populares, onde a crescente produção acadêmica em antropologia revelou o amadurecimento e a reflexão sobre questões apresentadas pela comunidade, como o campo das crenças populares, que sempre foi destacado pelos antropólogos.

A etnografia evoluiu dentro da antropologia, destacando trabalhos com ênfase na cultura de uma comunidade, como ciência e arte, conhecendo, descrevendo e vivenciando os princípios e tabus dos informantes diante da realidade vivenciada. No estudo etnográfico, o etnógrafo procura perceber de forma minuciosa as crenças e os valores do grupo de forma holística. Segundo a antropologia de uma determinada cultura passa certamente pelo conhecimento de outras, mostrando que cada local tem a sua cultura, mas que não a única. (BARROSO, SOUZA, FROTA, 2001; LAPLANTINE, 2004).

A preocupação com atenção diferenciada e práticas culturais de programas de saúde incentivou discussões multidisciplinares com a participação de estudos estratégicos em antropologia no cotidiano do sistema único de saúde no Brasil, tornando-se mais notório e concebível para os profissionais da saúde, apesar da necessidade de uma ampla reformulação na atenção básica e cooperação entre antropólogos e sanitaristas (GARNELO, LANGDON, 2005).

De acordo com Queiroz (2003), a grande contribuição desenvolvida pela antropologia social e cultural é que as condições de vida estão relacionadas ao contexto social em que a comunidade está inserida, por meio de uma dimensão social complexa e flexível, assentada em bases estruturais conflitantes entre si, mas que permitem um equilíbrio social, mediante uma interpretação subjetiva condicionada por interesses de ordem econômica, política ou cultural.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo e Abordagem de Estudo

O percurso metodológico baseado no objeto de estudo direcionou para uma pesquisa do tipo qualitativa, que relaciona-se com a percepção e compreensão das ações e relações humanas, mediante as rotinas, emoções, sentimentos e desejos, avaliando o contexto social no qual o evento ocorre, sendo utilizada em populações pequenas, quando não se emprega instrumentos precisos, no qual o critério utilizado não é o numérico, observado em equações, médias e estatísticas e sim, dados subjetivos (LEOPARDI *et al*, 2001; BASTOS, 2007).

Essa abordagem age analisando a compreensão dos fenômenos sociais e a significação da intencionalidade que são atribuídos pelos atores, sendo direcionada para a análise de casos com características temporais, observando e avaliando os procedimentos e atividades dos indivíduos em seus contextos locais (FLICK, 2004; MINAYO *et al*, 2005).

Envolve a imersão do pesquisador no campo de pesquisa, considerando este como o cenário social em que tinha lugar o fenômeno estudado em todo o conjunto de elementos que o constituiu e que por sua vez, estava constituído por ele. Estima e enfatiza a observação da ocorrência dos eventos, acontecimentos, condutas das relações humanas e descrições dos cenários (MAZZOTTI, GEWANDSZNAJDER, 2001; REY, 2005).

São repercutidos os princípios, comportamentos e atuações dos sujeitos, indagando a forma como as pessoas interpretam e atribuem significado as suas experiências e ao local em que convivem com a comunidade (MINAYO *et al*, 2005). Desta forma, é a mais apropriada para o desenvolvimento desta pesquisa, ao analisar que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês é um agente que acarreta vantagens e benefícios para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes.

Dentre os tipos de abordagem qualitativa, nesta pesquisa utilizou-se a etnografia, que segundo André (2001), foi descoberta pelos antropólogos para descrever a cultura de um grupo social, sendo avaliada com uma junção de técnicas utilizadas para coletar elementos

observados por meio da observação dos comportamentos, hábitos e crenças da comunidade assistida, mediante um registro contínuo acerca da aplicação desse método. O pesquisador fica diante de diversas formas de concepções do senso comum, novos meios de entendimento da realidade, mediante as vivências dos participantes, repassando descrições ao leitor, independente da apresentação de situações benéficas ou maléficas.

Ressalta-se que esse tipo de estudo relaciona-se com a observação do cotidiano dos indivíduos, mediante atividades de rotina e permeado pela ambigüidade dos sentimentos e situações, que são modificados em significados, e que o pesquisador, tenta apreender e interpretar, respeitando a percepção dos informantes. O etnógrafo envolve-se com culturas diferentes, práticas individualistas ou atitudes impostas que são conduzidas a prática vigente, desenvolvendo e aperfeiçoando para a compreensão da transculturalidade (BARROSO, SOUZA, FROTA, 2001).

Essa pesquisa averigua, descreve e avalia a cultura de uma população, por meio da participação direta do etnógrafo no local pesquisado, conhecendo e analisando a cultura sugerida como objeto de investigação. É a junção das percepções do conhecimento da realidade social, empregadas por meio da antropologia, na qual se estabelece e é explicada mediante a interligação entre os indivíduos e o contexto social que atuam, de forma ampla, estabelecendo as relações entre fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo. A qualidade da pesquisa está diretamente relacionada com o modo de interação social incorporado, que deve constituir uma relação de proximidade e segurança, fundamentado nos princípios éticos (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000; BASTOS, 2007).

A característica marcante dessa investigação é o elevado destaque na observação, no qual a cultura é vista como um conjunto de rituais peculiares ao grupo, diante do comportamento humano e situações abordadas, com a finalidade de descrição e registro mediante comentários realizados pelo pesquisador. Permite conhecer o cotidiano das famílias, por meio da ambigüidade dos sentimentos, diante das diversas situações modificadas em conceitos, no qual o etnógrafo, de modo sensível, tenta apreender e decifrá-los, respeitando as opiniões e idéias dos informantes. (CLIFFORD, 2002; VIEIRA, BARROSO, 2005).

Conforme Achutti (2004), age de forma interpretativa, por meio da observação da cultura de um determinado subgrupo, traçando um quadro de práticas e valores culturais preexistentes. Implica no reconhecimento e aceitação da diferença, que é um ponto de partida para o extenso caminho percorrido pelo pesquisador, com o intuito de aprofundar-se na essência de uma realidade cultural diferente da sua, distinguindo entre aparências e características tradicionais da sociedade estudada, no qual é desenvolvido um contato verdadeiro com os indivíduos, passando confiança e segurança e através deste meio, conseguirá descobrir muitas riquezas do modo de vida do outro.

A pesquisa não se restringe a uma percepção visual, pois o etnógrafo segue detalhadamente as distintas sensações encontradas, mediante a observação entre os seres humanos, as situações e os objetos estudados, estabelecendo muitas relações entre o que é observado e aquele que observa, além das palavras utilizadas para repassar para os leitores o caráter singular do que foi descrito. A observação e a interpretação são fundamentais para a produção dos dados e à medida que a pesquisa desenvolve-se, mais serão reveladas as relações dos indivíduos entre o presente e o ausente (LAPLANTINE, 2004; DESLANDES, GOMES, 2004).

3.2 Cenário da Pesquisa

O local da pesquisa foi o município de Pacatuba, localizado na região nordeste do Estado, com uma distância de 30 km de Fortaleza. A origem do nome do município é indígena e significa "lugar abundante de paca", no qual Paca, denota animal e tuba, lugar abundante. A criação desse município foi em 08 de Outubro de 1869, a partir do desmembramento de Maranguape. O município é subdividido em quatro distritos, que é a Pacatuba Sede, Pavuna, Monguba e Senador Carlos Jereissate. A última população censo (no ano 2007) é de 65.772 habitantes e a densidade demográfica de 159,97 hab/ km². Sua área geográfica é de 137km². Os municípios limítrofes são: ao norte, Fortaleza, ao sul, Guaiúba, ao leste, Aquiraz e ao oeste, Maranguape.

A atividade econômica do município de Pacatuba tem como principal suporte as atividades ligadas a agricultura, como a cultura de algodão, banana, cana-de-açúcar, caju,

arroz, mandioca, na pecuária de bovinos, suínos e aves. Além disso, o município também investe no comércio e no setor industrial, que se encontra em plena expansão, com a instalação das fábricas atuando no mercado de bebidas, vestuário e sapatos, geração de energia elétrica, de tintas, embalagens e laminados de plásticos.

As treze Unidades Básicas de Saúde (UBASFs) do município de Pacatuba são a Unidade Mista, Associação do Jereissate III (Anexo da Unidade Mista), Gonzaga Mota, Planalto Benjamin, Monguba, Posto da Sede, São Bento, Alto São João, São Luís, Alto Fechado, Santa Marta, Alvorada e Pavuna, sendo subdivididas na cidade de Pacatuba e nos bairros mais distantes, cobrindo toda a população do município.

As UBASFs tem por objetivo atender à população de acordo com os princípios do SUS, que são a equidade, integralidade e a universalidade, buscando solucionar grande parte dos problemas da população. Cada UBASF atende mensalmente em média 600 a 800 clientes.

Os Centros de Saúde da Unidade Mista e o da Associação do Jereissate III, que são os locais da pesquisa, situam-se nos bairros do Jereissate II e III, no qual existem três equipes de PSF. A comunidade assistida tem sua economia baseada no cultivo da mandioca, feijão, banana, cana-de-açúcar, pecuária de bovinos, suínos e aves.

Os dias e horários de funcionamento dos Postos da Unidade Mista e da Associação do Jereissate III são de segunda a sexta-feira, de 8 às 16 horas, com uma equipe interdisciplinar, atendendo a população das áreas circunvizinhas, no qual apenas a Unidade Mista, que é um Posto de Referência do município, também funciona no sábado e domingo, de 8 às 16 horas, no qual o local atende casos de emergência, pois o hospital do município de Pacatuba fica distante. Esta Unidade de Saúde, entretanto, é utilizada como ponto de apoio para o surgimento de intercorrências no final de semana.

3.3 Informantes da Pesquisa

As informantes da pesquisa foram dezoito mães primíparas, que segundo França *et al* (2007) apud Vieira *et al* (2004), apresentam maior susceptibilidade ao desmame precoce,

provendo de ações de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, com o objetivo de capacitá-las, para que resistam às pressões sociais para o desmame.

Segundo Leopardi, *et al* (2001), na pesquisa qualitativa, a amostra não necessita ser aleatória, nem com vasta extensão e sim, quando os dados se tornam repetitivos, considera-se a amostra satisfatória.

A faixa etária escolhida foram as crianças de 0 a 6 meses, devido a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, pois era uma fase em que se iniciava o crescimento e desenvolvimento do lactente. De acordo com Venâncio *et al*, (2002), têm-se mostrado a importância do aleitamento materno para a saúde materno-infantil e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prática da amamentação salva a vida de 6 milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas, no qual é recomendável a prática da amamentação exclusiva por seis meses e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até os dois anos.

Os critérios de inclusão foram as mães primíparas das crianças de 0 a 6 meses, atendidas na consulta de puericultura nas UBASFs da Unidade Mista ou da Associação do Jereissate III e que não estavam em aleitamento materno exclusivo. Os de exclusão foram as mães múltiplas, as mães das crianças na faixa etária de 0 a 6 meses que estavam em aleitamento materno exclusivo e aquelas que não participavam da consulta de puericultura nas UBASFs da Unidade Mista ou da Associação do Jereissate III.

Neste contexto, é exposto a descrição das informantes por meio de observação durante as visitas domiciliares e a entrevista, em que foi possível verificar o estilo de vida que as mães estavam inseridas. As participantes não foram expostas a risco à sua saúde, a integridade física e danos morais, assegurando o sigilo, além de garantir que as informações obtidas não fossem utilizadas para divulgar a identidade das participantes, bem como, a liberdade das mesmas de retirar o seu consentimento e desistir a qualquer momento, deixando de participar desta pesquisa, sem causar nenhum tipo de pena para si mesma. O anonimato das participantes foi preservado, sendo identificadas no decorrer do estudo por letras (M1, M2, M18).

MÃE 1 – M1

16 anos, solteira, estudante, cursando até a sétima série do ensino fundamental. Mora com a mãe, a irmã e o filho. Iniciou o pré-natal no 2º. trimestre, teve parto cesárea e recém-nascido a termo, pesando 2,695 kg e medindo 46 cm. Renda familiar aproximada de US\$ 60,00/ mês, proveniente do salário da mãe, que trabalha como faxineira. A casa é de tijolo, possui quatro cômodos, apresentando saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 2 – M2

17 anos, casada, dona de casa, cursou até 6ª série do ensino fundamental. Mora com o marido, o enteado e o filho. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal, recém-nascido a termo, pesando 2,960 kg e medindo 49 cm. Renda familiar em média de US\$ 80,00, proveniente do salário do marido, que trabalha como mecânico de moto. A casa é de alvenaria e possui quatro cômodos, com saneamento básico, o abastecimento de água é por meio da rede pública e provida de energia elétrica.

MÃE 3 – M3

19 anos, união estável, trabalha em uma indústria, estudou até 8ª série do ensino fundamental. Mora com o marido e o filho. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 3,120 kg e medindo 54 cm. Renda familiar aproximada de US\$ 248,00, proveniente do salário dela e do marido, que trabalha como auxiliar de produção em uma indústria. A casa é de tijolo e possui quatro cômodos, apresentando saneamento básico, o abastecimento de água é da Cagece e provida de energia elétrica.

MÃE 4 – M4

18 anos, casada, dona de casa, estudou até a 6ª série do ensino fundamental. Mora com o marido e o filho. Iniciou o pré-natal no 2º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido pré-termo, pesando 2.410kg, e medindo 38 cm de estatura. Renda familiar em média de US\$ 80,00, proveniente do salário do marido, que trabalha como pintor. A casa é de tijolo e possui quatro cômodos, com presença de sujidades, apresentando saneamento básico, o abastecimento de água é por meio da rede pública e provida de energia elétrica.

MÃE 5 – M5

20 anos, casada, dona de casa, cursou até a 7ª. série do ensino fundamental. Mora com o marido, a mãe e o filho. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 3,045 kg e medindo 50 cm. Renda familiar em torno de US\$ 80,00, proveniente do salário do marido, que trabalha como autônomo. A casa é de alvenaria e possui quatro cômodos, com presença de sujidades, apresentando saneamento básico, o abastecimento de água é por meio da rede pública e provida de energia elétrica.

MÃE 6 – M6

19 anos, vive em união estável, dona de casa, cursou até a 8ª. série do ensino fundamental. Mora com o marido e a filha. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 3,1 kg e medindo 49 cm. Renda familiar aproximada de US\$ 166,00, proveniente do salário do marido, que trabalha como auxiliar de manutenção. Reside em casa de tijolo, com quatro cômodos, com saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 7 – M7

15 anos, vive em união estável, estudante, cursando a 6ª série do ensino fundamental. Mora com os pais, o marido e a filha. Iniciou o pré-natal no 2º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 2,850 kg e medindo 46 cm. Renda familiar em média de US\$

332,00, provenientes do salário do pai, que trabalha como autônomo e do marido, como caminhoneiro. A casa é de tijolo, com quatro cômodos, com saneamento básico, abastecimento de água da rede pública e provida de energia elétrica.

MÃE 8 – M8

20 anos, casada, trabalha numa fábrica, terminou o ensino fundamental. Mora com o marido e o filho. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 2,950 kg e medindo 53 cm. Renda familiar em média de US\$ 332,00, proveniente do seu salário e do marido, que trabalham como auxiliar de produção em uma fábrica. Reside em casa de alvenaria, com três cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 9 – M9

17 anos, solteira, dona de casa, estudou até a 8ª série do ensino fundamental. Mora com a mãe e a filha. Iniciou o pré-natal no 2º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido pré-termo, pesando 2.810kg, e medindo 47 cm de estatura. Renda familiar em média de US\$ 72,00, proveniente do salário da mãe, que trabalha como diarista. A casa é de alvenaria e possui três cômodos, com presença de sujidades, apresentando saneamento básico, o abastecimento de água é por meio da rede pública e provida de energia elétrica.

MÃE 10 – M10

19 anos, solteira, desempregada, cursou até a 4.ª série do ensino fundamental. Mora com a mãe, a irmã, o sobrinho e a filha. Iniciou o pré-natal no 2º. trimestre, teve parto vaginal, e recém-nascido a termo, pesando 2,750 kg e medindo 47 cm. Renda familiar em torno de US\$ 80,00, proveniente do salário da mãe, que trabalha como doméstica. Reside em casa de tijolo, com três cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 11 – M11

15 anos, solteira, estudante, cursando a 5^a. série do ensino fundamental. Mora com a mãe e o filho. Iniciou o pré-natal no 2^o. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 2,900 kg e medindo 45 cm. Renda familiar em média de US\$ 60,00, proveniente do salário da mãe, que trabalha como manicure. Reside em casa de alvenaria, com três cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 12 – M12

18 anos, união estável, dona de casa, cursou até a 7^a. série do ensino fundamental. Mora com o marido e a filha. Iniciou o pré-natal no 1^o. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 3,150 kg e medindo 51 cm. Renda familiar em média de US\$ 166,00, proveniente do salário do marido, que trabalha como caminhoneiro. Reside em casa de tijolo, com três cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 13 – M13

16 anos, solteira, estudante, cursa a 6.^a série do ensino fundamental. Mora com a mãe, a irmã e o filho. Iniciou o pré-natal no 2^o. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 3,2 kg e medindo 53 cm. Renda familiar em média de US\$ 166,00, proveniente do salário da mãe, que trabalha como vendedora numa confecção. Reside em casa de tijolo, com três cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 14 – M 14

20 anos, separada, dona de casa, estudou até a 7^a série do ensino fundamental. Mora com os pais, o irmão e a filha. Iniciou o pré-natal no 1^o. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido pré-termo, pesando 2.650 kg, e medindo 49 cm de estatura. Renda familiar em torno de US\$ 248,00, proveniente do salário da mãe, que trabalha como faxineira e do pai, como pedreiro. A casa é de tijolo e possui quatro cômodos, com presença de sujidades,

apresentando saneamento básico, o abastecimento de água é por meio da rede pública e provida de energia elétrica.

MÃE 15 – M 15

17 anos, união estável, dona de casa, cursou até a 7ª. série do ensino fundamental. Mora com o marido e a filha. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal, e recém-nascido a termo, pesando 3,250 kg e medindo 55 cm. A renda familiar era em média de US\$ 166,00, proveniente do salário do marido, que trabalha como auxiliar de produção em uma fábrica. Reside em casa de alvenaria, com três cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 16 – M16

17 anos, solteira, dona de casa, estudou até a 8ª série do ensino fundamental. Mora com a mãe e a filha. Iniciou o pré-natal no 2º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido pré-termo, pesando 2.810kg, e medindo 47 cm de estatura. Renda familiar em média de US\$ 72,00, proveniente do salário da mãe, que trabalha como diarista. A casa é de tijolo e possui três cômodos, com presença de sujidades, apresentando saneamento básico, o abastecimento de água é por meio da rede pública e provida de energia elétrica.

MÃE 17 – M 17

17 anos, união estável, dona de casa, cursou até a 7ª. série do ensino fundamental. Mora com o marido e a filha. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 3,250 kg e medindo 55 cm. Renda familiar de US\$ 166,00, proveniente do salário do marido, que trabalha como auxiliar de produção em uma fábrica. Reside em casa de tijolo, com três cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

MÃE 18 – M 18

18 anos, solteira, dona de casa, cursou até a 5ª série do ensino fundamental. Mora com os pais, o irmão e o filho. Iniciou o pré-natal no 1º. trimestre, teve parto vaginal e recém-nascido a termo, pesando 3,150 kg e medindo 56 cm. Renda familiar de US\$ 166,00, proveniente do salário da mãe, que trabalha como vendedora em uma loja. Reside em casa de tijolo, com quatro cômodos, saneamento básico, água encanada e provida de energia elétrica.

3.4 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a agosto do ano de 2008 e dividiu-se em cinco etapas, no qual avaliou-se as práticas culturais maternas em relação a alimentação das crianças na faixa etária de 0 a 6 meses. Inicialmente, realizou-se a seleção das crianças na faixa etária de 0 a 6 meses, que não estavam em aleitamento materno exclusivo, das mães primíparas atendidas na consulta mensal de puericultura das UBASFs da Unidade Mista e da Associação do Jereissate III, que é um anexo do PSF da Unidade Mista.

Após a seleção das mães, realizou-se um convite pela autora, para participarem do segundo momento, mediante um encontro na UBASF da Unidade Mista, para apresentar os objetivos e o cronograma utilizado na pesquisa, estimulando o interesse das mães em participar do estudo, além de explicar sobre o sigilo das informações repassadas e foi assinado por cada participante o termo de consentimento livre e esclarecido. Segundo Flick (2004), a função do pesquisador com a sua capacidade comunicativa é de extrema importância e constitui o instrumento fundamental de coleta de dados e de conhecimento sobre o assunto.

No Encontro na UBASF da Unidade Mista, realizaram-se duas dinâmicas de grupos para apresentação das mães, que foram a da entrevista e a da entrega do crachá. Em seguida, aprazaram-se as visitas domiciliares de cada participante da pesquisa. Segundo Albigenor, Militão (2005), a Dinâmica da “Entrevista” objetivava começar o processo de integração das participantes do grupo, por meio de conversas em duplas, na qual oportunizou cada indivíduo exibir as características pessoais da colega entrevistada. A Dinâmica “Entregando o Crachá” tinha como objetivo tornar próximas as participantes da pesquisa, interagindo-as, no qual

houve a troca dos crachás com o nome de cada uma e no final foram dadas boas-vindas ao grupo.

Segundo o mesmo autor, como facilitador, é indispensável que haja uma prévia organização, com o intuito de repassar confiança e serenidade no método para direcionamento dos indivíduos. A primeira impressão é muito importante e está relacionada a diversos fatores psicológicos das experiências anteriores de cada sujeito, mediante as expectativas e ansiedades no momento do encontro. Quando positivas de ambos os lados, a tendência é que haja simpatia e proximidade entre os mesmos, promovendo um relacionamento interpessoal mais agradável e harmonioso.

Foram realizadas seis visitas domiciliares para cada primípara, no qual foi conhecido, observado e analisado o estilo de vida e a cultura das famílias abordadas, relacionadas direta e/ou indiretamente as práticas maternas na alimentação dos seus filhos na faixa etária de 0 a 6 meses. A pesquisa foi do tipo observação participante, que segundo Minayo (2002), é o modo pelo qual o pesquisador mantém contato direto com o objeto de sua pesquisa, para que o mesmo consiga informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos, no qual o observador, enquanto componente da averiguação, impõe uma relação face a face com os observados.

O intuito das visitas foi verificar e proporcionar maior aproximação do cotidiano de cada participante, bem como desencadear um momento de interação, demonstrando interesse, segurança e confiabilidade para com essas mães, quando era relatado pelas mesmas a respeito da saúde da criança, sendo observado o estilo de vida das primíparas, acerca dos problemas e dificuldades enfrentadas, além das concepções sobre amamentação e alimentação do filho.

A pesquisa foi registrada por meio do Diário de Campo, que é um instrumento essencial empregado para armazenar as vivências e experiências pessoais do pesquisador, no qual fica documentado as opiniões e observações realizadas pelo mesmo, a propósito da sua atuação e interpretação no campo de pesquisa, acerca das percepções, emoções e anseios diante da realidade cultural do local (FLICK, 2004; BASTOS, 2007).

Na quarta etapa da coleta de dados, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, que segundo Pope, Mays (2006), é formada por perguntas abertas, que direcionam a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o informante favorece ao entrevistador, avançando com um conceito ou uma resposta mais detalhada. As questões norteadoras foram: Quais os motivos que lhe levaram a introduzir outros alimentos para o seu filho?; Quais os alimentos que você costuma dar a seu filho no dia-a-dia?; Você evita dar a seu filho algum alimento? e O que você ouviu falar das pessoas que convivem com você (avó, pai, vizinhos, colega), sobre a amamentação e alimentação do seu filho? (APÊNDICE 01). A entrevista foi aplicada na quarta visita domiciliar, porque neste período as mães adquiriram mais confiança e segurança para repassar as informações.

A entrevista teve a finalidade de desenvolver uma forma interativa que permitiu abordar temas complexos, que não poderiam ser pesquisados apropriadamente e de modo minucioso por meio de questionários, no qual o investigador tinha o interesse de compreender as idéias e opiniões descritas pelos sujeitos diante dos comportamentos e situações relacionados a rotina (MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2001).

Ao final, realizou-se uma reunião geral, como forma de agradecimento pela presença das mães na pesquisa, onde foi entregue um certificado de participação (APÊNDICE 03), um porta-retrato com a imagem fotográfica da mãe com o filho e um *kit* com algumas frutas, incentivando a importância da alimentação materna no puerpério.

3.5 Organização e Análise dos Dados

Os dados foram organizados por meio da técnica da análise de conteúdo de Bardin (2004), que foi empregado uma junção de métodos de análise das comunicações, com a finalidade de adquirir, por técnicas sistemáticas e objetivas de exposição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a indução de informações referentes as condições de construção/ recepção dessas mensagens.

Para a captação do discurso materno, foi indispensável atenção e descrição minuciosa das falas, além da avaliação dos significados, absorvendo os mais relevantes, promovendo a

compreensão das falas, distribuindo em categorias temáticas e interpretando os resultados, motivo este da opção da análise temática dentro das distintas técnicas de análise de conteúdo.

Bardin (2004) aborda sobre a existência de três etapas diferentes: a pré-análise ou organização do material; a exploração desse material mediante sua classificação e codificação ou categorização; e a interpretação dos resultados, desencadeando reflexões a propósito dos objetivos previstos ou relacionados a outras descobertas inesperadas.

Na primeira fase - pré-análise, correspondeu a escolha, formulação e organização do material a ser estudado e registrado no diário de campo, como a percepções dos sentimentos, angústias, perspectivas das mães, transcrições das falas e horários da realização das visitas domiciliares, para melhor sistematização e organização dos dados.

Durante a segunda fase, que foi a exploração do material e a construção das categorias, que consistiu na categorização das falas, por meio de codificação, que eram classes que reuniam um agrupamento sob um título e com caracteres comuns, mediante os critérios previamente definidos, no qual os trechos escolhidos foram destacados e agrupados de acordo com sua similaridade.

Os agrupamentos foram mencionados logo que os achados iam surgindo no texto, sendo uma das etapas mais criteriosas, pois as falas das mães devem ser revistas diversas vezes, refletindo, emergindo e ratificando os dados, para o desenvolvimento das categorias. Essa identificação foi realizada mediante o uso de lápis coloridos e à medida que fosse verificado relatos que se repetiam, cada qual era grifado com uma cor, apresentando uma melhor visualização dos dados.

Assim, a transcendência dessa análise, fez emergir as categorias: Eu uso para acalmar o bebê, porque ele não se satisfaz só com a mama; Ajuda a crescer, desenvolver e engordar o bebê, evitando doenças; Dificuldades enfrentadas no processo de amamentação; Alimentos que não são inseridos na alimentação infantil e Influência das redes de apoio na alimentação.

Na terceira e última fase, tratamento e interpretação dos resultados, que indicou os dados organizados em temáticas, as quais expressaram os mesmos sentidos e quando significativos, propõem inferências e desencadeiam interpretações e reflexões a propósito dos objetivos previstos ou relacionados a outras descobertas inesperadas.

3.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde normatizou e regulamentou esta pesquisa, que envolveu seres humanos. Os referenciais básicos da bioética foram a Autonomia, na qual o pesquisado aceitou participar livremente da pesquisa, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 02), havendo a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, de modo que sejam tratados com dignidade; Beneficência, cujo pesquisador garantia ponderação entre riscos e benefícios atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; Não-Maleficência, no qual o pesquisador garantia que danos passíveis de prevenção fossem evitados; Justiça e Equidade, cujo pesquisador devia fundar-se na relevância social da pesquisa (BRASIL, 1996).

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA, da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, para apreciação, sendo aprovado com o protocolo n.º 060/2008 (ANEXO 02), assim como ao Núcleo de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UNIFOR (NUPEQ).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Criando Vínculos na Visita Domiciliar

Durante o trajeto da visita domiciliar, percebeu-se um crescimento do vínculo entre pesquisadora e informantes, comprovado por meio das oportunidades surgidas e vivenciadas nas relações familiares. No início das visitas, as mães encontravam-se inseguras, entretanto, com o caminhar da pesquisa, percebeu-se que foi adquirido confiança, sentindo-se à vontade para dialogar acerca das práticas culturais alimentares utilizadas, sendo constatado as reais causas, muitas vezes obscuras.

A pesquisadora realizou seis visitas domiciliares, as quais foram relevantes para o estudo, pois se oportunizou vivenciar e apreender a realidade, participando do cotidiano das informantes e assim, percorrendo diversas experiências do meio social, utilizando-se de uma linguagem em conformidade com o conhecimento das entrevistadas.

É imprescindível enfatizar a faixa etária das participantes, que variavam entre quinze a vinte anos, no qual a maioria, quatorze mães, apresentavam grau de escolaridade com ensino fundamental incompleto e quatro delas, completo. Além disso, verificou-se que sete mães apresentavam estado civil solteira e sete vivenciavam união estável, com três casadas e uma separada.

Vale ressaltar, que as informantes enquadravam-se em características sócio-econômicas de renda familiar baixa, onde oito delas recebiam menos de um salário mínimo; seis, um salário; duas, um salário e meio; e duas, dois salários mínimos. Considerando também que das dezoito mães, somente duas trabalhavam.

As visitas eram realizadas em turnos determinados e diferentes, para que se pudesse presenciar o cenário mais natural possível, observando os comportamentos, hábitos, crenças inseridos na comunidade assistida. As informantes estavam desempenhando diversas atividades domésticas, tais como, arrumação da casa, lavagem de roupas, preparação do almoço e jantar ou até mesmo em rodas de conversa com as vizinhas na rua.

Na primeira visita, as informantes demonstravam um misto de sensações, como alegria, satisfação, desconfiança e timidez, quando apresentavam à autora suas residências, enfatizando o cômodo destinado ao filho, que na maioria dos casos, era dividido com a mãe. Outra peculiaridade era o interesse de mostrar as vestimentas da crianças, bem como os medicamentos ou vitaminas que eram ministradas na alimentação, somando-se ao cuidado com a higiene e apresentação do lactente nas visitas.

Presenciou situações conflitantes entre os familiares de certas informantes. A exemplo, cita-se o ocorrido quando o esposo de uma das participantes chegou em casa e tinha ingerido bebida alcoólica, dirigindo-se a esposa com autoritarismo e culpando-a pela situação financeira vivida por eles, em razão dela não está trabalhando. Nesta ocasião, foi até a criança, proferindo palavras de baixo calão.

Em outro domicílio, observou-se, que apesar das precárias condições sócio-econômicas, havia um ambiente familiar harmonioso, onde via-se claramente todo o cuidado que a informante e os parentes tinham para com o lactente, proporcionando-lhe o conforto e segurança necessário para o bom desenvolvimento da criança dentro das possibilidades financeiras vivenciadas pela família.

Salienta-se, que em outra residência, a entrevistada dormia até as 11:00 horas, deixando o bebê com fome e chorando, pois segundo a mesma, saía com as amigas para passear no dia anterior e chegava de madrugada, e para o filho não ficar chorando, pedia para sua mãe alimentar o lactente com mingau de mucilom de arroz.

Em um outro momento, observou-se, o relato da participante dizendo que uma das colegas, que conversava sobre a amamentação da criança, comentou que ela deveria iniciar o desmame precoce, pois havia escutado do seu namorado, de que ele não iria querê-la mais, caso viesse a ficar com os seios caídos.

Outra situação, foi presenciado o cuidado do marido para com o recém-nascido, que na ocasião, estava banhando a criança e cantando canções de ninar, enquanto a mãe preparava o lanche e o mingau do lactente. Importante salientar que nesta visita, a autora constatou uma

real interação entre o casal e o bebê, diferentemente do que foi presenciado na grande maioria das visitas de outras primíparas.

Tristemente, foi observado, que uma das informantes vivenciou momentos de conflitos nas visitas domiciliares. A pesquisadora presenciou a participante chorando, de forma intensa, relatando sobre o namorado, que não é o pai do seu filho, e acabara de sair de sua residência, exigindo que a mesma abandonasse o bebê em qualquer local, por duas razões: a primeira, porque ele não iria criar filha de outro homem e a segunda, ele não gostava da criança. Vale salientar que este tipo de conflito era constante na vida desta participante.

Situações de turbulência foram vivenciadas por outra entrevistada, tendo sido presenciado uma discussão entre a mãe e o pai da criança, acerca da pensão alimentícia do filho, a qual, o mesmo mencionou que não iria pagar nenhum valor, pois estava desempregado e não tinha a certeza que o bebê era seu filho. Após a saída do pai da criança, a informante disse que não sabia mais o que fazer, pois sua mãe não estava com condições financeiras para sustentar o neto e para piorar a situação, o pai da criança era viciado em drogas.

A violência vem crescendo de forma caótica nas mais variadas estratificações da sociedade, sendo considerada um problema emergente na saúde pública, ocasionando uma agressão entre os indivíduos e a comunidade, com o intuito de dominar uns aos outros, pela força e psiquismo, motivados pela tomada de bens.

Concernente aos conflitos vivenciados pelas primíparas, constatou-se que os componentes das famílias possuíam diversas reações, em uns, evidenciou-se um estado de incômodo e ao mesmo tempo de impotência, em outros, se instalou um quadro de imparcialidade, conformação em relação aos fatos considerados corriqueiros.

Por final, constatou-se em alguns dos domicílios, a presença de sujidades e odores fétidos por toda a casa, na qual a higienização da família era precária, em especial a do lactente, que encontrava-se com a presença de assaduras, devido a falta de asseios regulares.

Frisa-se que os utensílios domésticos destinados a alimentação complementar do recém-nascido eram lavados apenas com água corrente, sem os devidos cuidados necessários.

Frente aos casos relatados, percebeu-se que fatores econômicos, como renda e emprego, além, da baixa escolaridade, juntamente com a idade púbere, associada ao nível sócio-econômico, bem como a falta de informação e a insegurança das mães por serem primíparas, interferiram de forma positiva ou negativa, no cotidiano e no estilo de vida das participantes acerca das práticas maternas culturais alimentares.

Com a continuação das visitas domiciliares, as informantes declararam sentir alegria e satisfação com a presença da autora, justificando que a etnógrafa já fazia parte do elo de ligação entre família e amigos, tendo, inclusive, dito algumas delas que os relatos passados não eram vivenciados nem mesmo com suas melhores amigas. Acreditavam que a facilidade de relacionamento devia-se a forma do comportamento que a pesquisadora teve para com o estudo.

Na realidade, o que presenciou-se foram as dificuldades surgidas no dia-a-dia das primíparas, em consequência da ausência de uma educação sexual reprodutiva, de forma continuada e eficaz, por parte do poder público, que deveriam ser trabalhadas estratégias em conformidade com a realidade vivida pela população de baixa renda.

4.2 Apresentação e Análise das Categorias

Após revisão de literatura e dando seguimento a proposta do estudo, passou-se a análise dos resultados, adquiridos acerca das práticas culturais alimentares utilizadas pelas mães de crianças na faixa etária de 0 a 6 meses, mediante descrição e documentação dos dados, identificando os significados contextuais retratados no cotidiano das primíparas.

Partindo da categorização dos dados, foi possível descobrir a saturação de idéias e os significados similares e diferentes, mediante uma comparação do discurso materno, sendo imprescindível atenção e descrição detalhada das falas, absorvendo as mais relevantes e distribuindo em categorias temáticas.

As falas foram codificadas e emergiram as categorias: **Eu uso alimentação complementar para acalmar o bebê, porque ele não se satisfaz só com a mama; A alimentação complementar ajuda a crescer, desenvolver e engordar o bebê, evitando doenças; Dificuldades enfrentadas no processo de amamentação; Alimentos que não são inseridos na alimentação infantil e Influência das redes de apoio na alimentação.**

Eu uso alimentação complementar para acalmar o bebê, porque ele não se satisfaz só com a mama

A amamentação é indispensável e a forma mais adequada de proteger o lactente contra o surgimento de patologias à médio e longo prazos, pois o leite materno contém todas as proteínas, carboidratos, lipídeos, vitaminas e minerais indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento saudável.

A criança sente a necessidade de aumentar a frequência e a duração das mamadas, devido o leite ser facilmente digerido, sendo necessário haver o rodízio entre os seios, evitando o ingurgitamento das mamas e estimulando a produção de leite, pois com o aumento da sucção, mais será produzido.

O aleitamento materno é o instrumento mais eficaz da promoção de saúde física e mental do lactente desde o nascimento, pois o leite materno é o alimento completo para o bebê até o sexto mês. Conforme Almeida (2002), é um conjunto com características híbridas, formada por propriedades e valores determinados pela natureza e cultura.

Evidenciou-se que as primíparas introduziram, precocemente, outros alimentos diferentemente da alimentação exclusiva materna. Conforme se vê está enraizado na cultura que somente o leite materno não supre a “fome” da criança, sendo necessário a complementação com outros nutrientes.

Eu comecei a dar o mingau de mucilom com leite ninho para complementar a mama, porque meu bebê chorava muito com fome, pois ele é muito guloso e não se satisfazia só com o leite

do peito. Também comecei a dar o chá de erva-doce e o de cebola branca, para acalmar o meu bebê (M1,M7).

Eu dei o mingau de arrozina com leite ninho porque eu não tinha bico no meu peito e meu leite era muito fino e salgado e por isso o bebê não se satisfazia e queria mais (M10).

De acordo com Almeida (2002), as alterações na cor e consistência do leite materno decorrem da interação de seus constituintes, variando entre o azul-claro muito tênue até o amarelo intenso, mediante a composição do leite de acordo com a fase da mamada, sendo influenciada de modo cultural por meio dos referenciais instituídos para a pecuária leiteira, no qual quanto mais espessa e viva a coloração do leite, melhor sua qualidade.

A educação e promoção da saúde são indispensáveis durante o pré-natal, na qual orienta-se sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses da criança, informando acerca da importância das fases da mamada para o recém-nascido, com o intuito de desencadear uma reflexão das mães no tocante ao assunto, acrescentando, ainda, que a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida está relacionada a um melhor aproveitamento dos micronutrientes para o bebê.

Importante, salientar, ser de suma necessidade, que as mães devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, devendo esta orientação adentrar na cultura da comunidade fazendo crer, que amamentar de modo exclusivo até os seis meses é o ideal para o lactente. As orientações devem abordar a forma de como preparar o seio para a amamentação, como os exercícios de adaptação dos mamilos que os acomodam para a sucção no ato da mamada, pois quando estão despreparados, podem dificultar a passagem do leite materno ou até fazer com que a mãe desista de amamentar o filho.

Eu tive uma raiva do meu marido quando eu cheguei do hospital, aí o meu leite do peito diminuiu, ficou fraco e aguado. O meu filho chorava direto com fome. Então, eu comecei a dar o mingau de arrozina com leite itambé quatro vezes por dia e também dava o leite do peito só duas vezes por dia. Aí ele se enfartou mais e não chorava com fome (M2,M6).

O cotidiano das participantes envolve uma série de fatores que influenciam diretamente no estado emocional das lactantes, conseqüentemente, as crianças sofrem com estas circunstâncias. Presenciado, em um dos momentos, que após uma discussão, uma das mães ao amamentar a lactente, percebeu que seu leite era “transparente e aguado”, necessitando de complementar a alimentação do bebê.

Além da mama, eu iniciei o leite ninho com cremogema porque o bebê não se satisfazia, queria mais e estava ficando esmurrecido e inquieto, estranhando todo mundo. (M13)

A cultura desenvolve uma elevada influência na prática do aleitamento materno, mediante a herança sociocultural do local e desse modo, acaba gerando diversos conceitos com relação a importância do aleitamento materno para a mãe no puerpério, sendo atribuída pela união dos pressupostos e padrões de comportamentos, por meio da tradição do local, mediante a transmissão por intermédio da história social, no qual são verificados através dos hábitos, normas e valores (VAITSMAN, 2000; ICHISATO, SHIMO, 2001).

A etnografia possibilitou a pesquisadora envolver-se com as práticas culturais alimentares, dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre si diante dos fenômenos específicos (o desmame precoce com alimentação complementar, reintegração ao mercado de trabalho e as dificuldades relacionadas com a estética, comodidade e lazer, ao enfrentamento da amamentação exclusiva), compreendendo a visão que a comunidade apresentara do cotidiano.

Comecei a dar o leite de gado, porque o meu filho mamava pouco, pois o meu peito ficou ferido e sangrava. O bebê continuava com fome e não ficava calmo. A minha mãe disse que era bom eu começar a colocar uma massa para saciar o bebê. Então comecei a dar o leite de gado com arrozina e a mama (M7,M11).

Iniciei o leite ninho com cremogema porque eu estava dando de mamar e estava ficando muito tonta e com muito sono. Ele não parava de mamar de dia e a noite e eu não estava mais agüentando. Quando dei o mingau e o suco de caju e de goiaba, ele diminuiu a mama e

se satisfez, dormindo melhor e parou de me aperrear e de chorar o dia e a noite (M4, M8, M10).

O leite do peito, o mingau de mucilom de arroz com leite ninho, o suco de laranja e de acerola. Eu dei porque o meu filho chorava muito com fome e não deixava ele farto, pois o meu leite era muito fino, aguado, fraco e sem gorduras, devido eu ter começado o pré-natal já com seis meses e não ter tomado vitamina (M13,M15,M16).

A percepção materna acerca das causas da inserção da alimentação complementar precoce pelas primíparas, pode ser explicada pela influência das crenças da comunidade, além da falta de informação com relação ao valor do aleitamento materno exclusivo para os recém-nascidos. Na mesma linha, Bosi, Machado (2005), a amamentação está relacionada aos fatores histórico, social e biológico, sofrendo interferências diante das repercussões nas práticas culturais do local..

A intenção de oferta de qualquer tipo alimentação diferente da amamentação materna tem sido combatida em razão do apetite do bebê ser saciado com vários alimentos, ocorrendo a redução da sucção do leite da mama, diminuindo a produção láctea na mãe, contribuindo para o declínio gradativo da amamentação.

A alimentação complementar ajuda a crescer, desenvolver e engordar o bebê, evitando doenças

A partir da análise dos fatores causais que estavam associados as práticas maternas infantis na comunidade, as falas foram mais detalhadas e mostraram-se a realidade observada. Na comunidade em que estão inseridas as entrevistadas, percebeu-se ser natural a ingestão do alimento complementar. Em consonância com Machado, Bosi (2008), conforme a estratificação social em que está inserida, a mãe sofre influências culturais do meio, sendo estas, determinantes na escolha de adotar o aleitamento materno de forma exclusiva, ou, passar a inserir na dieta do lactente os alimentos complementares.

Eu comecei o mingau de arrozina com leite ninho, o chá de eucalipto e o nissin miojo, pois aumenta o peso dele com mais rapidez, pois eu queria ver logo ele bem gordinho e com saúde (M8,M14).

Eu iniciei o mingau de mucilom de arroz com leite ninho, chá de eucalipto e água de coco, porque alimenta, engorda e hidrata o bebê, deixando ele forte e cheio (M12).

A compreensão da cultura promove o entendimento e a aceitação das crenças, tabus e tradições, como na alimentação (ICHISATO, SHIMO, 2006). É notório, entre todas as informantes, que o alimento complementar vem apenas somar-se ao aleitamento materno, pois, os nutrientes que o bebê necessita, não são supridos, somente, com o leite materno, e referiram que a introdução da alimentação complementar de modo precoce era necessária, porque trazia diversas vantagens para o bebê, a médio e longo prazos, evitando doenças.

Eu dei o mingau de mucilom de arroz com leite de gado para ele encher logo a barriga e engordar com facilidade e para ele não passar o dia todo pedindo o meu peito (M9).

Eu dei o mingau de mucilom com leite itambé e a mama, porque a minha mãe falou que ia fazer muito bem para a saúde do meu filho e ele ia ficar mais forte. Ela já tem muita experiência pois criou 6 filhos deste jeito e todos são fortes e saudáveis (M17).

O fator cultural mostrou-se constante e uniforme nas visitas domiciliares, no qual foi representado por um conjunto de princípios e crenças que nortearam os sujeitos do estudo, a vivenciá-los, emocionalmente, e a se comportar dentro desse contexto social, com relação as práticas alimentares culturais das crianças. Ressalta-se que as participantes respaldaram-se no saber popular, por meio do estilo de vida e das condições sócio-econômicas da coletividade, para a manutenção das práticas alimentares dos filhos de 0 a 6 meses.

Mediante relatos maternos e a observação dos comportamentos e hábitos dos indivíduos da comunidade, fica ratificado que a cultura da alimentação complementar está presente uniformemente na sociedade que estão inseridas as entrevistadas. De acordo com Ichisato, Shimo (2001), os indivíduos apresentam sua subjetividade, por meio dos costumes e

crenças, baseados nos antepassados, ficando mais difícil o cumprimento de outras condutas e protocolo estabelecidos.

Interessante que todas as vantagens da amamentação já divulgadas pela ciência e difundidas na sociedade, não têm sido suficientes para garantir a introdução de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame. Na tentativa de buscar os motivos dessa tendência, conferiu-se ao desmame precoce um caráter multicausal. Um desses fatores do declínio do aleitamento materno, decorre das mudanças da estrutura familiar, pois um número elevado de mães jovens, geralmente na idade púbere, dificulta o entendimento do valor do aleitamento materno exclusivo.

Eu comecei a dar o mingau de mucilom de arroz com leite ninho, a mama só pela manhã e a noite, água de coco, vitamina de mamão com laranja, pois ele engorda mais e faz bem para ele, não me dando problemas de viver com ele nos hospitais no futuro (M7,M15).

Iniciei o mingau de leite ninho com cremogema, chá de cebola branca e suco de caju, porque o bebê engorda mais rápido (M10).

Os fatores econômicos, como a renda e o desemprego, interferem na saúde dos indivíduos, em especial na saúde da criança, principalmente, em aleitamento materno exclusivo, devido a falta de tempo da mãe, para realizar a amamentação do lactente, quando esta retorna ao mercado de trabalho e a introdução precoce da alimentação complementar torna-se fato comprovado. Em consonância com Machado, Bosi (2008), o reingresso ao trabalho e as dificuldades de conciliar diferentes funções e expectativas desencadeiam uma barreira, interferindo na alimentação do recém-nascido.

Comecei o mingau de nestogeno, a mucilagem e o chá de alfazema, porque eu ia começar a trabalhar quando o bebê fizesse três meses e ele já ia se acostumando com tudo, não ficava mimado e engordava mais (M11).

As dificuldades na amamentação foi devido eu ter que voltar a trabalhar de manicure e a minha patroa só me deu um mês para eu ficar de resguardo com o meu filho, se não eu ia

ficar desempregada. Foi o jeito, pois eu estava passando por muita dificuldade financeira (M13).

É imprescindível a apreciação do estilo de vida e dos princípios que estão presentes na vida cotidiana e na saúde dos indivíduos de quem estamos vivenciando, por meio da confiança e do vínculo estabelecido entre a comunidade. Estes pressupostos são fundamentais, tornando-se apropriados para a troca de idéias sobre práticas, como meio de descrever, adaptar e/ou transformar modos benéficos de cuidados à saúde (QUEIROZ, JORGE, 2006).

Em contrapartida, as mães que não apresentam emprego fixo, exercendo a responsabilidade perante as atividades do lar, poderiam ter atenção maior para as crianças com uma alimentação mais adequada e satisfatória para essa faixa etária, como o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses.

Percebeu-se que a cultura está enraizada na comunidade, em relação a introdução da alimentação complementar de forma precoce, não somente, em virtude do reingresso no mercado de trabalho, mas a influência de outros alimentos para comunidade está relacionada, sobretudo, no crescimento e desenvolvimento de modo adequado do recém-nascido.

É inegável a importância do aleitamento materno na nutrição das crianças, sendo consenso que a amamentação exclusiva, principalmente, nos primeiros seis meses de vida, seja a forma mais adequada e ideal para se alimentar uma criança, suprimindo as necessidades nutricionais para que mantenha o crescimento dentro da normalidade nesse período.

Eu dei o mingau de mucilom com leite itambé e a mama, porque a minha tia disse que era bom para o meu filho crescer e ter um desenvolvimento melhor. Eu acredito muito na conversa dela, pois ela já tem muita experiência e criou 9 filhos deste jeito e todos são bem gordos e saudáveis (M7).

Dou o leite do peito, o mingau de mucilom com leite ninho e os chás de erva-doce e o de cebola branca, porque é importante para o meu filho crescer forte e com saúde (M1).

As mães expressavam suas opiniões com a convicção de estarem desenvolvendo práticas alimentares mais adequadas para formação do bebê. Segundo Braga, Machado, Bosi (2008), o aleitamento materno é de responsabilidade do contexto histórico, biológico e social, que ultrapassa o binômio mãe-filho e não específico da mãe, que está envolvida em emoções, anseios e tradições.

Verificou-se que o desmame precoce, neste estudo, se dá em duas situações: primeira, quando referencia-se no reinício ao mercado de trabalho, e em segundo, por questão puramente cultural, pois a maioria das entrevistadas encontravam-se desempregadas, mas já haviam iniciado a introdução da alimentação complementar, influenciada pela família.

Neste sentido, a amamentação exclusiva, em lactentes, na faixa etária de 0 a 6 meses, é um ponto em destaque na promoção da saúde, face à introdução de alimentos inseridos, precocemente, com baixo valor nutricional, corroborando no mesmo sentido, Frota, Barroso (2003) relata que as práticas alimentares inadequadas têm desenvolvido a problemática, que abrange a introdução precoce de alimentos, na maioria das vezes de valor energético diminuído, desencadeando carências nutricionais, podendo acarretar na desnutrição infantil.

Segundo Rolim, *et al* (2007), a desnutrição, que hoje é causa importante de morbimortalidade infantil em menores de cinco anos, apresentando como etiologia, não só fatores patológicos, mas, sobretudo, abrange a situação social da família acometida por esta afecção, trazendo malefícios para a saúde da criança.

Notoriamente, está evidenciado que o desmame precoce está diretamente ligado a questão cultural, por esta razão a promoção da saúde é relevante na valorização da amamentação exclusiva, devendo ser adaptado o conhecimento científico as tradições populares.

Eu dei a mama, o mingau de arrozina com leite itambé e os sucos de caju, mucilagem e o nissin miojo. Foi uma boa escolha, pois ele está bem melhor e até mais coradinho, ajudando no seu crescimento, evitando doenças (M13, M14).

Iniciei o mingau de maisena com leite itambé e o leite do peito, porque deixa o bebê mais forte e esperto, evitando doenças. Queria poder dar outro leite, mas não temos condições financeiras (M3).

A importância do aleitamento materno para a criança e conseqüentemente para a mãe está influenciado por meio dos diversos programas educativos, mas a valorização da cultura interfere de forma significativa na prática para o avanço da amamentação (ICHISATO, SHIMO, 2001).

Eu dou o mingau de mucilom de arroz com leite ninho, água de coco e suco de laranja, porque ajuda a desenvolver e estimular o intestino do bebê e aos poucos ele vai se acostumando logo com outros alimentos e tendo saúde (M4).

Além da mama, eu também dava o mingau de maisena com leite itambé, água de coco, água da cagece, kisuk de morango e os chás de eucalipto e erva-doce. Esses alimentos são fortes e nutritivos para o meu filho (M9).

Existem diversas vantagens que a amamentação acarreta para o lactente e a mãe, como o aumento do vínculo afetivo, proporcionando segurança, confiança e conforto para o bebê, reduzindo a ocorrência de infecções, diarreias e alergias, principalmente, alimentares e respiratórias, além de proporcionar diversos benefícios para a mãe, como a diminuição da incidência de câncer de mama, a recuperação mais rápida do peso, além de ser uma das experiências mais prazerosas e gratificantes.

Dificuldades enfrentadas no processo de amamentação

Durante alguns momentos da entrevista, verificou-se que as mães encontravam-se receosas, revelando as dificuldades existentes no processo de amamentação, mas continuavam insistindo por acharem indispensável para a saúde do filho, apesar da utilização da alimentação complementar.

A minha dificuldade quando eu comecei a dar a mama era que o bebê pedia muito o peito e eu tinha medo que os meus peitos ficassem caídos e muchos e aí o meu marido não me queria mais e ia atrás de outra mulher (M4,M18).

As crenças maternas, somadas a visão de mundo, apresentam efeitos positivos e/ ou negativos sobre a saúde. Durante a gravidez, em geral, a mulher orgulha-se de sua barriga, percebendo que a gestação altera a estética, sendo esta valorizada no meio. Por outro lado, durante a amamentação, muitas mulheres associam esse período a queda dos seios, sentindo-se deformadas diante de outras e principalmente para com o espelho. Na verdade, se a mulher fosse valorizada na amamentação com a mesma intensidade da gestação, o ato de amamentar seria mais prazeroso.

O que eu achava muito chato era ficar acordada a noite toda, porque o menino passava a noite chorando pedindo o peito e eu quase sempre estava só em casa, porque o pai dele era caminhoneiro e passava a semana viajando (M5).

A existência de barreiras desestimulava a prática do aleitamento materno exclusivo, devido a insegurança materna por ser o primeiro filho, além das dificuldades enfrentadas mediante a falta de conhecimento no processo de amamentação. Segundo Nakano (2003), as percepções e práticas que se passam no corpo materno são desencadeadas pelos aspectos culturais no processo da amamentação, podendo serem vivenciadas pelas mães em concordância ou em conflito com as determinações sociais.

A coisa mais chata era porque o bebê queria ficar mamando direto, senão ele começava a chorar e não parava mais. Eu queria ir conversar a tarde na casa das minhas colegas e de noite nas calçadas, mas minha mãe não ficava com ele (M8,M14).

A minha dificuldade em relação a amamentação foi que os meus dois peitos ficaram feridos e doía muito quando eu ia dar de mamar. Aí eu tive que dar mais o mingau de arrozina com leite itambé para complementar com o leite do peito (M12,M16).

O meu problema para dar a mama é porque eu fico tonta e com fraqueza, porque ele me explora muito, sugando os meus peitos. As vezes, ele mama todo o leite de um peito e ainda fica querendo mamar no outro lado e eu acabo dando (M6,M11).

A amamentação é uma relação humana que envolve uma complexidade ao fenômeno, excedendo o aspecto nutricional que lhe é inerente e transcendendo a díade mãe-filho, sofrendo influência das práticas culturais dos grupos sociais (BOSI, MACHADO, 2005). Detectou-se que um dos grandes problemas relatados pelas mães foi a questão concernente aos traumas, inicialmente, mamilares, pois com mamadas pouco eficientes o bebê na ânsia de buscar mais leite, acaba ferindo a mama. Outro ponto seria mais uma preocupação estética, de como ficaria a mama após o período de amamentação, mas leva-se a crer que esta dificuldade se dá mais pela má pega devido ao posicionamento do lactente na hora da amamentação.

Diversos fatores podem estar contribuindo para essa situação, dentre os quais a técnica inadequada de amamentação. É sabido que o posicionamento adequado da mãe/bebê e a pega/sucção efetiva, beneficia o ato de amamentar de forma exclusiva. A posição inapropriada da mãe e/ou do bebê dificultam o posicionamento da boca do lactente em relação ao mamilo podendo resultar no que se denomina de má pega. Conseqüentemente, interferindo na dinâmica da sucção e extração do leite materno, podendo dificultar o esvaziamento da mama e levar à diminuição da produção do leite. Como resultado, a mãe pode introduzir precocemente outros alimentos, favorecendo, assim, para o desmame precoce (WEIGERT *et al*, 2005).

Frisa-se que muitas mães desejam amamentar, porém, algumas não conseguem, devido aos inúmeros fatores que dificultam a produção e ejeção do leite, como a ansiedade e o medo de não conseguirem, acrescenta-se, ainda, que para o sucesso do aleitamento materno, as necessidades e dificuldades vivenciadas pela mãe devem ser consideradas, oferecendo atenção e apoio emocional diferenciado (ROLIM *et al*, 2008)

Alimentos que não são inseridos na alimentação infantil

As mães demonstravam preocupação com a alimentação dos filhos, com relação aos alimentos evitados, por acarretarem patologias para os recém-nascidos, comprovando o

conhecimento das vantagens da amamentação, em especial na prevenção de diarreias e infecções. De acordo com Buss (2003), a valorização da participação social e das crenças populares estão baseadas nos princípios da concepção da promoção da saúde.

Eu não dou sucos de frutas, comida gordurosa, nissin miojo, bombom e xilitos, porque ele é muito pequeno, é forte para o intestino dele e pode dar infecção e diarreia (M1,M4).

Evito dar danone, frutas ácidas, arroz, feijão, macarrão, carne, porque é muito pesado e forte e ela pode se engasgar (M5,M8).

Neste contexto, com a introdução de alguns alimentos para os recém-nascidos poderia ser desenvolvido malefícios para o organismo, como o aparecimento de infecções intestinais, diarreias, verminoses e cárie. Segundo Almeida (2002), a alimentação do lactente é uma das preocupações maternas e está relacionada com os valores e crenças individuais e coletivas.

Não dou comida de panela, farofa, refrigerante, xilitos, chiclete e bolo, porque dar inflamação na barriga, aparece tumor e vermes no bebê (M9).

Evito dar bombom, xilitos, kisuk, chocolate, refrigerante e biscoito recheado, porque pode dar diarreia, cárie e infecção intestinal (M3,M11,M17).

Eu não dou produtos industrializados, doces e frituras, porque não é bom para o desenvolvimento da criança (M13).

Evito dar danone, nissin-miojo, bombom, chocolate, porque ele é muito sensível e pode dar uma reação no organismo dele (M10).

Pelos relatos, percebeu-se que não é todo tipo de alimento que é administrado na alimentação dos lactentes, de certa forma, as informantes acreditavam que fazendo certas restrições estão protegendo de futuras patologias, tais como diarreia, verminoses e infecções em geral. Mister observar que todas as mães haviam sido, anteriormente, orientadas pelos profissionais da saúde da comunidade, que o aleitamento materno exclusivo para as crianças

de 0 a 6 meses é o mais indicado, pois proporciona um crescimento e desenvolvimento adequado.

Todavia, apesar das inúmeras orientações dos profissionais, as mães continuaram a ministrar os alimentos, como leite industrializados. Interessante salientar que a marca do produto interfere de maneira creditícia na utilização dos mesmos, chegando a confundir inclusive a marca do produto com o alimento, propriamente dito, tal como, o leite itambé, nutrilon, cremogema, entre outros.

Influência das redes de apoio na alimentação

Analisando-se os achados do estudo, percebeu-se que as redes de apoio influenciavam de modo intenso no processo de amamentação. Constatou-se que as pessoas mais próximas da família opinavam e incentivavam no aleitamento materno e na alimentação das crianças, devido as mães serem primíparas, ocasionando a falta de esclarecimento diante do seu devido valor.

Os parentes interferiam na alimentação infantil, abordando os benefícios do leite materno para o recém-nascido, apesar de incentivar outros alimentos para complementar a amamentação, como o mingau, os chás e os sucos de frutas, para dar mais saciedade e engordar o bebê, por estar participando e atuando diretamente nesse processo vivenciado pelas mães no puerpério. Segundo Damião (2008), a atenção a mãe e o lactente nesta fase é essencial, sendo apropriado a intervenção precoce, acolhendo e orientando sobre as dificuldades na introdução dessa prática, suas perspectivas e anseios com relação à amamentação e o manejo da lactação, auxiliando na superação das barreiras desse período.

De acordo com Oliveira, Gomes (2001), é necessário orientar sobre as intervenções da promoção da amamentação exclusiva após o nascimento do lactente, sendo primordiais para o sucesso do aleitamento materno. Em consonância com Vieira, Silva, Barros Filho (2003), a família é responsável pelos hábitos alimentares da criança, por meio da aprendizagem social, influenciada por fatores culturais e psicossociais..

As cobranças praticadas no seio familiar são preponderantes como fator determinante no prosseguimento do aleitamento materno exclusivo, ou no desmame precoce, podendo desencadear conflitos nas relações entre os mesmos (MACHADO, BOSI, 2008). Desse modo, as primíparas encontravam-se indecisas e inseguras, devido a idade púbere, desencadeando a influência e interferência da comunidade acerca das práticas alimentares do filho.

Minha mãe dizia que era melhor eu começar a dar o mingau para ele, pois ela já teve vários filhos e todos começaram a tomar mingau desde que nasceram e hoje são todos saudáveis (M4).

Minha amiga dizia que era bom dar o mingau e os sucos de acerola, laranja e caju logo, que são ricos em vitaminas para o bebê (M11).

Minha tia dizia que quando o bebê ficar chorando, é para dar o leite do peito e os chás de erva-doce, cebola branca e camomila, para ele se acalmar (M18).

A família influencia socioculturalmente na formação dos hábitos alimentares do indivíduo desde a infância, com o conceito do aleitamento materno. Na amamentação, as mães encontram-se mais susceptíveis as idéias dos indivíduos que atuam na comunidade e que diretamente fazem parte do cotidiano e da interação mãe-filho. (ICHISATO, SHIMO, 2006; MACHADO, BOSI, 2008).

Segundo Marteleto (2001), nas redes sociais há valorização das relações informais, por ser um modo de organização presente no cotidiano nos diversos níveis das organizações e são iniciadas por meio da tomada de consciência, mediante interesses e valores entre os indivíduos.

Relatos maternos evidenciam que o marido interfere nas decisões da esposa, com relação a alimentação do filho, principalmente na manutenção do aleitamento materno exclusivo. Conforme Machado, Bosi (2008), a participação do companheiro é fundamental na prática da amamentação do lactente, aumentando o apoio oferecido a esposa e ao filho.

Meu marido dizia que ele não abria os olhos de fome e agora que tá tomando também o mingau, já tá abrindo melhor os olhos e está ficando mais esperto (M2).

Meu marido dizia que eu não me alimentei bem no pré-natal, por isso que o meu leite é fraco. (M7).

Meu marido dizia que eu desse o leite do peito e o mingau para ele não chorar à noite com fome, para não acordar a gente, além de ficar mais ativo e com saúde (M4, M5, M8).

Meu marido dizia que não entendia nada dessa parte e que eu devia levar ele para o médico, para saber porque ele chora tanto (M10).

Os parentes fazem parte de uma rede de suporte social com significativa influência na comunidade, na qual há uma troca de opiniões e conhecimentos entre os mesmos, incentivando na alimentação infantil e participando indiretamente das atividades diárias, mediante as crenças e tabus da comunidade. Segundo Vieira, Barroso (2005), as famílias apresentam um contexto sócio-cultural absorvido por inseguranças, dúvidas, contradições, obstáculos e conflitos que desencadeiam reflexões no processo de cuidar da saúde coletiva.

Minha mãe dizia que eu começasse a dar o mingau de mucilom e as vitaminas que o doutor sempre passa na consulta, que é o redoxon e o protovit. Se eu der só o leite do peito, o bebê vai ficar desnutrido (M7).

Minha irmã dizia que o melhor leite para complementar o leite do peito é o itambé, pois é barato e forte para o bebê (M13).

Minha colega dizia que eu desse logo o mingau para o meu filho, para não deixar os meus peitos caídos (M10).

As redes de apoio familiar organizam-se e interagem de modo que a comunidade esteja sempre unida, com objetivos comuns e contribuindo para o bem-estar de todos. A prática do aleitamento materno é consequência da junção dos fatores fisiológicos, sociais e

culturais, como o apoio da família e coletividade (ANDRADE, VAITSMAN, 2002; SCOCHI *et al*, 2008).

Minha colega dizia que eu desse o mingau, porque só assim ele vai deixar de chorar e eu poderia fazer alguma coisa em casa (M11).

Minha vizinha dizia que a mama não enchia barriga de ninguém e que era bom começar a dar mingau e chazinhos para o bebê ficar mais forte. (M4).

Minha vizinha dizia que quando ela teve sua filha, ela deu logo o mingau junto com a mama, para ela pegar logo peso mais rápido e ficar mais saudável (M6,M14).

O grupo social influenciava na rotina da comunidade, expondo idéias e pensamentos que desencadeavam reflexões nas práticas culturais alimentares. Percebeu-se nas falas dos indivíduos mais próximos as mães, que há semelhança nas citações e que as crenças alimentares são práticas culturais da comunidade. Segundo Vaitsman (2000), a cultura de qualquer local resulta da junção das inter-relações formadas ao longo de sua própria história, adquirindo os valores e padrões da sociedade em que está inserida.

Minha tia dizia que eu iniciasse o mingau de arrozina com leite itambé, porque só assim ele ia deixar de chorar e se sentir melhor (M14,M18).

Minha vizinha dizia que não desse a mama, só o mingau, que é mais forte para o bebê, para ele crescer com saúde (M2,M5).

A comunidade é formada por grupos e representa um conjunto de indivíduos, debatendo opiniões acerca dos valores e interesses em comum, voltando-se para a consolidação e o desenvolvimento das atividades dos seus membros. A análise de redes apresenta um novo protótipo na pesquisa sobre a estrutura social, e para estudar o comportamento dos sujeitos são avaliados as relações entre os indivíduos. A estrutura é apreendida como uma rede de relações e de limitações mediante as escolhas, orientações e opiniões dos indivíduos (MARTELETO, 2001).

Enfatiza-se acerca da ideologia observada nas campanhas de apoio ao aleitamento materno, que na maioria das vezes, fortalece a idéia da mãe ser a exclusiva responsável pelas causas e conseqüências das implicações das práticas do desmame precoce sem, entretanto, verificar e analisar os fatores predisponentes que influenciaram essa escolha (BOSI, MACHADO, 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A linha de conduta descrita atribuiu-se a cultura do desmame precoce está ligado em três situações: a primeira, a reintegração da primípara no mercado de trabalho, a segunda, devido a cultura está enraizada na comunidade, em razão da alimentação complementar está diretamente associada a outros nutrientes considerados saudáveis para o recém-nascido e a terceira, devido as dificuldades relacionadas com a estética, comodidade e lazer, ao enfrentamento da amamentação exclusiva, haja vista, a imaturidade das participantes.

Observou-se no estudo, que a relação do desmame precoce com a reintegração no mercado de trabalho é tênue, em função de ter se verificado que do total das participantes apenas duas trabalhavam. Neste sentido, relaciona-se a alimentação complementar com as tradições ligadas a comunidade, pois as consideram saudáveis para o recém-nascido.

Fica evidente com a análise das narrativas que a influência do meio contribuiu para as decisões tomadas pelas mães, quanto ao desmame precoce, devido as adversidades familiares enfrentadas nesse processo, principalmente, por conta da subjetividade de cada participante, indo de encontro com as orientações dos profissionais da saúde.

As diversas formas de concepções do senso comum foram focadas no meio de entendimento da realidade, mediante as vivências das primíparas, repassando descrições ao leitor, por meio de uma maior relação com a observação do cotidiano dos indivíduos, através, das atividades de rotina, permeando pela ambigüidade dos sentimentos e situações, que são modificados em conceitos, respeitando a percepção das informantes.

As categorias extraídas nos depoimentos maternos revelaram a desinformação acerca das práticas alimentares dos filhos de 0 a 6 meses, considerando que as informantes eram adolescentes, apesar da elevada preocupação e do cuidado para com os recém-nascidos, além da influência das redes de apoio de modo intenso no processo de amamentação.

A pesquisadora inspirou-se nesta caminhada diante dos desafios impostos pelo amadurecimento humano, enquanto pessoa, enfermeira, nutricionista e, sobretudo, cidadã.

Amadurecimento este atingido e partilhado com as informantes, por se fazer necessário que se despisse de características da própria personalidade, para se tornar participante do estudo.

Sabe-se que a introdução de alimentos complementares em lactentes de 0 a 6 meses causa uma elevada morbimortalidade infantil, em razão de uma menor ingestão de micronutrientes contidos no leite materno, que servem como uma proteção natural ao bebê, além disso, os alimentos complementares são considerados uma fonte de contaminação das crianças.

A cultura de incursão de alimentos complementares é influenciada pela excessiva propaganda gerada nos meios de comunicações, promovidas pelas indústrias dos laticínios. Observa-se que as mesmas, com o objetivo de aviar a venda dos seus produtos, trabalham a imagem dos mesmos, como sendo fonte nutricional indispensável para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes.

Pelo foco nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares é desvantajosa ao recém-nascido, mesmo quando mantida a frequência da amamentação, pois, além de substituírem parte do leite materno, na maioria das vezes são nutricionalmente inferiores, por exemplo, no caso de alimentos muito diluídos.

Pelo prisma do terceiro ponto evidenciado, ou seja, as dificuldades relacionadas com a estética, comodidade e lazer, ao enfrentamento da amamentação exclusiva, deve-se mais a imaturidade das participantes, pois pertencem a uma faixa etária entre quinze a vinte anos, vítimas da ausência de uma política pública que foque a educação sexual conforme se vivencia o assunto dentro das comunidades de baixa renda

Notoriamente, está evidenciado que o desmame precoce está diretamente ligado a questão cultural, por esta razão a promoção da saúde é relevante na valorização da amamentação exclusiva, devendo ser adaptado o conhecimento científico as tradições populares. É igualmente necessária a expansão de políticas de saúde sustentáveis voltadas a promoção da saúde global, ressaltando ser este um princípio básico, considerado como um direito humano universal e um pré-requisito para o desenvolvimento humano.

A questão de desenvolver uma política pública sustentável deve primeiro se ater que a mãe-lactente, principalmente, nas de idade púbere, demonstram, sobre a prática da amamentação, uma complexidade desse ato, uma vez que, envolve uma série de fatores, principalmente, sócio-econômico.

Preparar uma política pública sustentável para enfrentar a prática do desmame precoce é necessário trabalhar uma equipe multidisciplinar, haja vista, que a orientação para a amamentação é um grande desafio para o profissional de saúde, uma vez que ele se depara com uma demanda para a qual não foi preparado, e que exige sensibilidade e habilidade no seu trato.

Após a elucidação dos dados, recai sobre os profissionais de saúde a responsabilidade de ser instrumento de fortalecimento dos pais cuidadores dos filhos, reforçando que a promoção da saúde tem importância fundamental no desenvolvimento de informações e práticas educativas, que quando em respeito a cada cultura específica pode transformar a realidade.

Evidencia-se, portanto, a necessidade da capacitação do profissional de saúde para atuar na assistência da amamentação exclusiva numa abordagem que ultrapassa as fronteiras do biológico, compreendendo o meio cultural onde está inserida a mãe, compreendendo as dimensões enfrentadas por ela, dentro de uma comunidade de baixa renda.

Os profissionais de saúde devem trabalhar estratégias de incentivo a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses, mediante a educação continuada, por meio de palestras educativas, com a formação de grupos para mães adolescentes, de forma contínua, para que sejam ultrapassadas as barreiras e dificuldades vivenciadas, juntamente, com as mães, evitando o uso de linguagens e comunicações autoritárias e formais, que as deixem se sentirem culpadas, quando na maioria das vezes, não dispõem de apoio para praticar a amamentação exclusiva do filho.

A implantação dessas ações serão eficazes para o empoderamento materno, passando as mesmas a adquirirem o senso de consciência crítica, mediante o empenho dos profissionais

de saúde, levando em consideração as interações dos fatores sociais e as diversidades culturais das famílias, pelas quais tornam-se possíveis atingir metas positivas nesta temática.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, L. E. R. **Fotoetnografia da biblioteca jardim**. Porto Alegre: Editora da UFRGS/ Tomo Editorial, 2004.
- ALBIGENOR; MILITÃO, R. **S.O.S. Dinâmica de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e doença : um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, fev. 2002.
- ANDRÉ, M.E.D.A. **Etnografia da prática escolar**. 6ª ed. São Paulo: Papyrus, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROSO, M.G.T.; SOUZA, L.J.E.X.; FROTA, M.A. Etnografia e enfermagem: uma experiência da pós-graduação em enfermagem – UFC. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p.15-24, jul./dez. 2001.
- BASTOS, N.M.G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 4ª ed. Fortaleza: Copyright, 2007.
- BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 293-302, mai./jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: 2001.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Revista ESP**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 17-25, jul./dez. 2005.

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

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

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEL CIAMPO, L.A. et al. O Programa de saúde da família e a puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, jul./set. 2006.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

COUTINHO, S.B. et al. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 471-477, nov./dez. 2005.

COLUCCI, A.C.A.; PHILIPPI, S.T.; SLATER, B. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 393-401, dez. 2004.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, n.3, p. 442-452, set. 2008.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde- Notas Teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F..J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

FALEIROS, J.J. et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 482-489, mar./abr. 2005.

FRACOLLI, L.A. et al. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no Programa de Saúde da Família: Um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, América do Norte, v. 5, n. 2, p. 78-82, 2003. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

FERREIRA, L.; PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 265-273, mai./jun. 2007.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. **Desnutrição infantil na família: causas obscuras**. Sobral: Edições Uva, 2003.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 253-262. 2000.

GOMES, P.T.T.; KANAKO, A.M.S. Introdução á Alimentação Complementar em crianças menores de seis meses atendidas em dia nacional de campanha de vacinação. **Revista Salus-Guarapuava**, Paraná, v. 1, n. 1, p. 51-58, jan./jun. 2007.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Vivência da Amamentação: Lactogogos e Rede de Suporte. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 355-362, set./dez. 2006.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 70-76, set. 2001.

KUPPER, A. **Cultura na visão dos antropólogos**. Bauru: Edusc, 2002.

LAPLANTINE, F. **A Descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LEOPARDI, M.T. (org.) et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, p. 187-196, jan./mar. 2008.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, mai./ago. 2005.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

MAZZOTTI, A.J.A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2001.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos** - abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 355-363. 2003.

NÓBREGA, F.J.; CAMPOS, A.L.R.; NASCIMENTO, C.F.L. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/ filho.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

OLIVEIRA, M. S. A academia apostando na estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 1, v. 3, p. 46-47. 2000.

OLIVEIRA, M.I.C; GOMES, M.A.M. As Unidades Básicas Amigas da Amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: REGO, J.D. **Aleitamento materno.** São Paulo: Atheneu, 2001. p. 343-346.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. C. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 41-51, abr. 2002.

OLIVEIRA, L.P.M. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 459-469, jul./ago. 2005.

OSIS, M. J. D. et al. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 172-179, abr. 2004.

PELEGRINI, M. L. M. de; CASTRO, J. D. de; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, abr./jun. 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. São Paulo: EDUSC, 2003.

QUEIROZ, M.V.; JORGE, M.S. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 117-130, jan./jun. 2006.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1 (Supl), p. 37-45, fev. 2003.

REY, F.G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

ROLIM, K. M. C. et al. Perfil de crianças atendidas no Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade – IPREDE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, p. 38-45. 2007.

ROLIM, K. M. C. et al. Percepção das mães sobre aleitamento em prematuros da unidade canguru de uma maternidade de Fortaleza-CE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, p. 54-63, 2008.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./abr. 2007.

SANTOS, V.L.F. dos; SOLER, Z.A.S.G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Saúde**

Matern Infant., Recife, v. 5, n. 3, p. 283-291, jul./set. 2005.

SARNI, R.O.S. et al. Tratamento da desnutrição em crianças hospitalizadas em São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 106-112, mar./abr. 2005.

SCOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 145-154, abr./jun. 2008.

TAKUSHI, S.A.M. et al. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 115-125, jan./mar. 2006.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.429-435, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, mar./abr. 2007.

VANNUCHI, M.T.O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 422-428, jun. 2004.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 847-850, jul./set. 2000.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 313-318, Jun. 2002.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, L. J. E. S.; BARROSO, M. G. T. Envenenamento com crianças em domicílio: Compreensão de familiares. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades**. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005.

VIEIRA, M.L.F.; SILVA, J. L.C. P.; BARROS FILHO, A. A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 317-324, jul./ago. 2003.

VIEIRA, G.O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-150, abri./jun. 2004.

WEIGERT E.M., GIUGLIANI E.R.J., FRANÇA M.C.T., OLIVEIRA L.D., BONILHA A., ESPÍRITOS SANTO L.C., KOHLER C.V.F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**. 2005.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

APÊNDICE 01

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade do Filho: _____

Idade da mãe: _____

2. ROTEIRO

1- Quais os motivos que lhe levaram a introduzir outros alimentos para o seu filho?

2- Quais os alimentos que você costuma dar a seu filho no dia-a-dia?

3- Você evita dar a seu filho algum alimento?

4- O que você ouviu falar das pessoas que convivem com você (avó, pai, vizinhos e colegas), sobre a amamentação e alimentação do seu filho?

APÊNDICE 02

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Mestrado em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Amélia da Rocha Sales, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre Práticas maternas na alimentação da criança: Investigação Etnográfica, e venho, na oportunidade, solicitar sua participação voluntária neste estudo, onde será realizado pela pesquisadora um encontro inicial na UBASF, visitas domiciliares, uma entrevista semi-estruturada, tendo como objetivos investigar as causas da inserção da alimentação complementar precoce por primíparas de crianças na faixa etária de 0 a 6 meses no município de Pacatuba-Ce; descrever as práticas culturais alimentares utilizadas pelas mães de crianças na faixa etária de 0 a 6 meses; identificar as dificuldades enfrentadas pelas mães no processo de amamentação e verificar como as redes de apoio influenciavam no processo de amamentação.

Com vistas a esclarecer as finalidades e procedimentos adotados durante o estudo, solicitamos a leitura cuidadosa de cada item:

1. As informações coletadas somente serão utilizadas para a construção desta pesquisa.
2. Todas as informações serão sigilosas e o anonimato do participante desta pesquisa será preservado.
3. As informações coletadas durante o estudo serão arquivadas em fichas de anotações sob a tutela do pesquisador responsável.
4. O participante terá a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
5. Em nenhum momento, a criança terá prejuízo no seu atendimento.

6. O participante desta pesquisa não terá algum tipo de ônus financeiro.

Em caso de maiores esclarecimentos, entre, por gentileza, em contato com a autora da pesquisa, Ana Amélia da Rocha Sales.

Endereço: Rua Assis Chateaubriand, nº. 36 aptº. 502 Bairro Dionísio Torres

Telefone: (85) 8802.3803

Dados do Entrevistado

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa sobre Práticas maternas na alimentação da criança: Investigação Etnográfica.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 03

CERTIFICADO



Certifico para os devidos fins que D.M.M.A. participou da pesquisa “PRÁTICAS MATERNAS NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA: INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA” sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Amélia da Rocha Sales, no qual foi realizado no período de março a agosto de 2008.

Fortaleza, 30 de agosto de 2008.

Ana Amélia da Rocha Sales

Autora da Pesquisa

ANEXO 01

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)